

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目

第一阶段申请医学评估表

项目 申请人 填写	患者姓名		年龄		性别	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
	身份证号码	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □					
	第一联系人		电话		关系		
	第二联系人		电话		关系		
	项目指定医院						
	患者签字: _____						
项目 指定 医生 填写	患者疾病诊断:						
	1. 联合含氟尿嘧啶和铂类药物化疗适用于一线治疗晚期或转移性胃癌、胃食管连接部癌或食管腺癌患者						<input type="checkbox"/> 是
	2. 治疗既往接受过两种或两种以上全身性治疗方案的晚期或复发性胃或胃食管连接部腺癌患者						<input type="checkbox"/> 是
	指定医生意见	已审阅并认可患者所提交的医学材料做出本次诊断:					
使用欧狄沃治疗, 确认欧狄沃的使用符合其在中国获批的适应症及药品说明书, 并确认该患者从欧狄沃治疗中获益, 同意欧狄沃继续治疗: _____周 _____mg							
指定医生或 授权医生签名: _____		指定医生 项目专用章: _____		日期: _____			

*备注: 请患者和指定医生完整填写和勾选评估表内容, 避免因填写原因(遗漏、错填等)造成本表无效。

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目

第一阶段申请医学评估表

项目 申请人 填写	患者姓名		年龄		性别	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
	身份证号码	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	第一联系人		电话		关系		
	第二联系人		电话		关系		
	项目指定医院						
患者签字: _____							
项目 指定 医生 填写	患者疾病诊断: 1. 联合含氟尿嘧啶和铂类药物化疗适用于一线治疗晚期或转移性胃癌、胃食管连接部癌或食管腺癌患者 <input type="checkbox"/> 是 2. 治疗既往接受过两种或两种以上全身性治疗方案的晚期或复发性胃或胃食管连接部腺癌患者 <input type="checkbox"/> 是						
	指定医生意见	已审阅并认可患者所提交的医学材料做出本次诊断: <input type="checkbox"/> 是					
		使用欧狄沃治疗, 确认欧狄沃的使用符合其在中国获批的适应症及药品说明书, 并确认该患者从欧狄沃治疗中获益, 同意欧狄沃继续治疗: _____周 _____mg					
指定医生或 授权医生签名: _____		指定医生		项目专用章: _____ 日期: _____			

*备注: 请患者和指定医生完整填写和勾选评估表内容, 避免因填写原因(遗漏、错填等)造成本表无效。