



附

项目联系方式

援助热线：400-650-8196

资料邮寄地址(只接收邮政特快专递)：

北京市2258信箱 中国癌症基金会赫赛汀®患者援助项目办公室

电子邮箱：hpapcfc@163.com

网址：www.cfchina.net.cn

中国癌症基金会

赫赛汀® 患者援助项目

求助热线  400-650-8196

周一到周五 9:00-17:00



目录

项目知情同意书

申请声明

项目申请信息表

收入证明表

首次赠药申请评估表

用药记录一览表

中国癌症基金会赫赛汀®患者援助项目知情同意书

秉承中国癌症基金会的一贯宗旨，为促进中国癌症防治事业的发展，提高患者获得赫赛汀®的可及性，使乳腺癌患者获得更大的支持。中国癌症基金会与上海罗氏制药有限公司共同开展了“赫赛汀®患者援助项目”，旨在减少广大HER2阳性乳腺癌患者的经济负担，造福于民，回报于民。帮助广大低收入人群获得更大的支持，满足并鼓励患者与疾病抗争的物质与精神的需求。

项目申请条件：

医学标准

- 1.患者必须是经组织学或细胞学证实的浸润性乳腺癌，且免疫组化或ISH（FISH,CISH或SISH）检测为HER2阳性。
- 2.HER2阳性标准：免疫组化+++，或免疫组化++同时ISH+，或ISH+。
- 3.经指定医疗机构评估确认为符合赫赛汀®适应症的患者。赫赛汀®适应症请参考处方说明书。

附加标准

- 1.低收入家庭(家庭直系亲属包括父母、配偶和子女)的患者或被县、区级民政部门认可的城市低保户和农村特困户。
- 2.早期乳腺癌患者,包括局限性早期和局部晚期乳腺癌，分期为任何T、任何N、M0，已经接受过赫赛汀®治疗，并且自费使用赫赛汀®满6支的患者；转移性乳腺癌患者，分期为任何T、任何N、M1,每年接受过赫赛汀®治疗，并自费使用赫赛汀®满6支。
- 3、本次援助对象为持有中华人民共和国居民身份证/军官证的大陆患者。
- 4、患者接受本次赠药前自费使用的赫赛汀®必须是中国大陆包装的。

赫赛汀®治疗常见的不良反应：

发热	恶心	呕吐	输注反应	腹泻	感染	贫血
咳嗽加重	头痛	乏力	呼吸困难	皮疹	中性粒细胞减少症	肌痛

需要中断或停止赫赛汀®治疗常见的不良反应：

充血性心衰	左心室功能明显下降	严重的输注反应	肺毒性
-------	-----------	---------	-----

*本品必须在有此类药物使用经验的医生指导下使用，具体内容请见产品说明书。

赫赛汀®患者援助项目终止条款（如有以下情况之一者赠药自动停止）

- 1、早期乳腺癌辅助治疗：使用赫赛汀®辅助治疗期间出现转移或者复发或者生命终止。
- 2、转移性乳腺癌：经项目执行医院确认疾病进展但未更改化疗方案，或死亡。
- 3、使用赫赛汀®治疗期间出现严重不良反应，且由临床医师判定需要停止赫赛汀®治疗的患者。
- 4、患者或法律监护人/亲属要求停止应用赫赛汀®治疗。
- 5、发生第二肿瘤，医师认为需要停止使用赫赛汀®的患者。
- 6、不能按照项目要求定期随访的患者。
- 7、患者提供任何虚假的医学或经济证明；或隐瞒其真实信息（包括医学及经济信息等）。
- 8、患者将赠药出售或转赠其他人。

个人信息保密

*对于您的个人信息及医学资料（“患者信息和资料”），我们将严格保密，不会用于任何商业用途，仅用于项目的管理、执行和审计。患者信息和资料将由主办方或项目委托执行方保留，除卫生监管部门审查监督外，不会披露给其他第三方。涉及到用药不良事件时，在符合适用的法律法规的前提下，相关患者信息和资料会披露给药品捐赠方的药品不良反应监管部门，其可能会就此进行跟进和随访，将该信息录入到药品捐赠方的药品不良事件数据库并按照相关法律法规上报给相关法规部门。

申请声明

作为一位患者，我已阅读上述内容，并知晓项目申请条件，并了解了赫赛汀®治疗可能发生的不良反应。我愿意加入“中国癌症基金会赫赛汀®患者援助项目”，同意并将严格遵守项目的相关规定，自愿按程序申请。

患者签字：

（需患者本人签字）

日期：____年____月____日

中国癌症基金会赫赛汀®患者援助项目知情同意书

秉承中国癌症基金会的一贯宗旨，为促进中国癌症防治事业的发展，提高患者获得赫赛汀®的可及性，使乳腺癌患者获得更大的支持。中国癌症基金会与上海罗氏制药有限公司共同开展了“赫赛汀®患者援助项目”，旨在减少广大HER2阳性乳腺癌患者的经济负担，造福于民，回报于民。帮助广大低收入人群获得更大的支持，满足并鼓励患者与疾病抗争的物质与精神的需求。

项目申请条件：

医学标准

- 1.患者必须是经组织学或细胞学证实的浸润性乳腺癌，且免疫组化或ISH（FISH,CISH或SISH）检测为HER2阳性。
- 2.HER2阳性标准：免疫组化+++，或免疫组化++同时ISH+，或ISH+。
- 3.经指定医疗机构评估确认为符合赫赛汀®适应症的患者。赫赛汀®适应症请参考处方说明书。

附加标准

- 1.低收入家庭(家庭直系亲属包括父母、配偶和子女)的患者或被县、区级民政部门认可的城市低保户和农村特困户。
- 2.早期乳腺癌患者,包括局限性早期和局部晚期乳腺癌，分期为任何T、任何N、M0，已经接受过赫赛汀®治疗，并且自费使用赫赛汀®满6支的患者；转移性乳腺癌患者，分期为任何T、任何N、M1,每年接受过赫赛汀®治疗，并自费使用赫赛汀®满6支。
- 3、本次援助对象为持有中华人民共和国居民身份证/军官证的大陆患者。
- 4、患者接受本次赠药前自费使用的赫赛汀®必须是中国大陆包装的。

赫赛汀®治疗常见的不良反应：

发热	恶心	呕吐	输注反应	腹泻	感染	贫血
咳嗽加重	头痛	乏力	呼吸困难	皮疹	中性粒细胞减少症	肌痛

需要中断或停止赫赛汀®治疗常见的不良反应：

充血性心衰	左心室功能明显下降	严重的输注反应	肺毒性
-------	-----------	---------	-----

*本品必须在有此类药物使用经验的医生指导下使用，具体内容请见产品说明书。

赫赛汀®患者援助项目终止条款（如有以下情况之一者赠药自动停止）

- 1、早期乳腺癌辅助治疗：使用赫赛汀®辅助治疗期间出现转移或者复发或者生命终止。
- 2、转移性乳腺癌：经项目执行医院确认疾病进展但未更改化疗方案，或死亡。
- 3、使用赫赛汀®治疗期间出现严重不良反应，且由临床医师判定需要停止赫赛汀®治疗的患者。
- 4、患者或法律监护人/亲属要求停止应用赫赛汀®治疗。
- 5、发生第二肿瘤，医师认为需要停止使用赫赛汀®的患者。
- 6、不能按照项目要求定期随访的患者。
- 7、患者提供任何虚假的医学或经济证明；或隐瞒其真实信息（包括医学及经济信息等）。
- 8、患者将赠药出售或转赠其他人。

个人信息保密

*对于您的个人信息及医学资料（“患者信息和资料”），我们将严格保密，不会用于任何商业用途，仅用于项目的管理、执行和审计。患者信息和资料将由主办方或项目委托执行方保留，除卫生监管部门审查监督外，不会披露给其他第三方。涉及到用药不良事件时，在符合适用的法律法规的前提下，相关患者信息和资料会披露给药品捐赠方的药品不良反应监管部门，其可能会就此进行跟进和随访，将该信息录入到药品捐赠方的药品不良事件数据库并按照相关法律法规上报给相关法规部门。

申请声明

作为一位患者，我已阅读上述内容，并知晓项目申请条件，并了解了赫赛汀®治疗可能发生的不良反应。我愿意加入“中国癌症基金会赫赛汀®患者援助项目”，同意并将严格遵守项目的相关规定，自愿按程序申请。

患者签字：

（需患者本人签字）

日期：____年____月____日

申请声明

本人知晓，同意，并授权中国癌症基金会就本人提供的以上经济信息内容所作的调查进行核实。且本人已知晓任何有关以上内容的不实或隐瞒信息，将导致本人就该援助项目的申请得不到批准的后果。

如接受援助后，经查实，有任何信息不实或隐瞒，将取消援助。在每年不定期抽查中如发现经济状况不符者，也将取消援助，且中国癌症基金会将追回所赠药品，并保留追究法律责任的权利。

患者可选择指定医院接受治疗，须本人亲自定期到选择的指定医院的指定医生处进行随访；本人亲自到指定药品发放处领取援助药品，不可代领药

援助的赫赛汀药品不可以转卖或赠与第三方，一经发现将立即停止援助。

如果您终止治疗，无论任何原因，您或您的家庭成员都需将未曾使用的药品及领药手册退还给赫赛汀项目管理办公室指定的药品发放处。

申请人签字 _____

（需有患者本人签字）

填表日期 _____

申请人收入证明表

患者填写部分	患者姓名		年龄		性别		贴照片处 一寸照片 ※必须提供患者本人近期一寸照片一张 ※照片贴在指定处，并且加盖本人所在单位、街道办事处或者居委会红章
	身份证号						
	家庭住址				家庭人口数		
	联系电话（座机）				手机		
	患者申请情况说明						
	（患者声明）我在此声明，已完全知晓中国癌症基金会赫赛汀®患者援助项目的相关信息，同意并严格遵守项目的相关规定，自愿按程序申请项目，我愿意承担违反规定后的一切后果。						
填表人签字		申请人（患者）签字		年 月 日			
工作单位填写部分	以下请您填写现在或原工作情况（未参加工作请注明现在状况）						
	工作单位名称						
	工作单位地址						
	工作部门及职务				工作时间	_____年至_____年	
	本年度月平均收入（请附工资明细单）						
	上年度总收入（包括工资、奖金、补贴、分红、兼职收入等，并附地税局的个人完税证明）						
	证明人职务				办公电话（座机）		
	证明人签字				证明部门盖章		
	本单位证明以上填写内容情况属实，如调查与所填内容不符，本单位愿意承担由此带来的所有后果。						
	填表日期：_____年_____月_____日						
当地政府部门填写部分	当地政府部门证明申请人因经济困难，无能力再支付赫赛汀®药品费用。						
	名称				地址		
	联系人				办公室电话（座机）		
	患者子女 <input type="checkbox"/> 有 _____子女 <input type="checkbox"/> 无						
	请当地政府部门（患者所在地民政部门、居委会或街道办事处）的经办人务必填写意见并签字盖章：						
	经办人签字（必须签字）：			经办人职务：			
	经办人意见：			公章：			
本单位证明以上填写内容情况属实，如调查与所填内容不符，本单位愿意承担由此带来的所有后果。							
证明日期：_____年_____月_____日							
备注	1、请申请人如实填写此表，不得涂改，若发现造假或隐瞒将拒绝此申请； 2、本年月收入：需提供正规工资明细单，如：银行对账单、工作单位财务/人事部门开据的明细单等； 3、个人完税证明原件：请到工作单位所在地的地税局开具（复印件无效），如有特殊情况，需写明原因，并由相关部门证明。						

患者直系亲属收入证明表

患者家庭成员（1）							
家属姓名		年龄		性别		亲属关系	
联系电话（固定）				手机			
以下请您填写现在或原工作情况（未参加工作请注明现在情况及原因，无固定单位的人员也需如实填写打工、务农等情况）							
工作单位名称							
工作单位地址					工作单位电话		
工作部门及职务				工作时间		_____年至_____年	
本年度月平均收入（请附工资明细单）							
上年度总收入 （包括工资、奖金、补贴、分红、兼职收入等，并附地税局的个人完税证明）							
本单位证明以上填写内容情况属实，如调查与所填内容不符，本单位愿意承担由此带来的所有后果。							
证明人职务					办公室电话（座机）		
证明人签字					证明部门盖章		
填表日期：_____年_____月_____日							

患者家庭成员（2）							
家属姓名		年龄		性别		亲属关系	
联系电话（固定）				手机			
以下请您填写现在或原工作情况（未参加工作请注明现在情况及原因，无固定单位的人员也需如实填写打工、务农等情况）							
工作单位名称							
工作单位地址					工作单位电话		
工作部门及职务				工作时间		_____年至_____年	
本年度月平均收入（请附工资明细单）							
上年度总收入 （包括工资、奖金、补贴、分红、兼职收入等，并附地税局的个人完税证明）							
本单位证明以上填写内容情况属实，如调查与所填内容不符，本单位愿意承担由此带来的所有后果。							
证明人职务					办公室电话（座机）		
证明人签字					证明部门盖章		
填表日期：_____年_____月_____日							

- 备注：**1、必须提供患者所有直系亲属（包括父母、配偶、子女）的收入证明；
2、必须如实填写，不得涂改，若发现造假或隐瞒将拒绝此申请；
3、工作单位及收入不得填写“零”或“无”，如有特殊情况，请写明原因并由相关部门证明；
4、此表格可自行复印，不得涂改。

患者直系亲属收入证明表

患者家庭成员（3）							
家属姓名		年龄		性别		亲属关系	
联系电话（固定）				手机			
以下请您填写现在或原工作情况（未参加工作请注明现在情况及原因，无固定单位的人员也需如实填写打工、务农等情况）							
工作单位名称							
工作单位地址					工作单位电话		
工作部门及职务				工作时间		_____年至_____年	
本年度月平均收入（请附工资明细单）							
上年度总收入 （包括工资、奖金、补贴、分红、兼职收入等，并附地税局的个人完税证明）							
本单位证明以上填写内容情况属实，如调查与所填内容不符，本单位愿意承担由此带来的所有后果。							
证明人职务				办公室电话（座机）			
证明人签字				证明部门盖章			
填表日期：_____年_____月_____日							

患者家庭成员（4）							
家属姓名		年龄		性别		亲属关系	
联系电话（固定）				手机			
以下请您填写现在或原工作情况（未参加工作请注明现在情况及原因，无固定单位的人员也需如实填写打工、务农等情况）							
工作单位名称							
工作单位地址					工作单位电话		
工作部门及职务				工作时间		_____年至_____年	
本年度月平均收入（请附工资明细单）							
上年度总收入 （包括工资、奖金、补贴、分红、兼职收入等，并附地税局的个人完税证明）							
本单位证明以上填写内容情况属实，如调查与所填内容不符，本单位愿意承担由此带来的所有后果。							
证明人职务				办公室电话（座机）			
证明人签字				证明部门盖章			
填表日期：_____年_____月_____日							

- 备注：**1、必须提供患者所有直系亲属（包括父母、配偶、子女）的收入证明；
2、必须如实填写，不得涂改，若发现造假或隐瞒将拒绝此申请；
3、工作单位及收入不得填写“零”或“无”，如有特殊情况，请写明原因并由相关部门证明；
4、此表格可自行复印，不得涂改。

中国癌症基金会意见	同意赠药 <input type="checkbox"/>	不同意赠药 <input type="checkbox"/>	审批人签字
	患者唯一编码: _____	原因 _____	_____
	领药地点: _____		日期 _____

中国癌症基金会赫赛汀®患者援助项目首次赠药申请评估表



患者填写	姓名 _____ 年龄 _____ 性别 _____ 身份证号码 □□□□□□□□□□□□□□□□□□ 家庭住址 _____ 省 _____ 市 _____ 联系电话(固话) _____ 手机 _____ 当前治疗的医院 _____	患者签字 (必填) _____ 日期 _____																																									
	<table border="1"> <tr> <td colspan="4">检查报告单(*为必填项, 请指定/授权医生务必填写其中3项。)</td> </tr> <tr> <td>胸片*</td> <td>正常<input type="checkbox"/> 异常:</td> <td>检查时间:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>腹部B超*</td> <td>正常<input type="checkbox"/> 异常:</td> <td>检查时间:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>超声心动图*</td> <td>正常<input type="checkbox"/> 异常:</td> <td>检查时间:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>胸部CT*</td> <td>正常<input type="checkbox"/> 异常:</td> <td>检查时间:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>乳房B超*</td> <td>正常<input type="checkbox"/> 异常:</td> <td>检查时间:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>骨扫描:</td> <td>正常<input type="checkbox"/> 异常:</td> <td>检查时间:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>钼靶:</td> <td>正常<input type="checkbox"/> 异常:</td> <td>检查时间:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>其它: _____</td> <td>正常<input type="checkbox"/> 异常:</td> <td>检查时间:</td> <td></td> </tr> </table> <p>注: 请患者根据医生填写的检查项, 附上相应的检查报告单复印件(指定医生或授权医生签字并加盖指定医生项目专用章)</p> <p>体力状况评分: 0分<input type="checkbox"/> 1分<input type="checkbox"/> 2分<input type="checkbox"/> 3分<input type="checkbox"/> 4分<input type="checkbox"/></p> <p>当前化疗方案以及剂量: 方案: _____ (第 _____ 周期)</p> <p>当前赫赛汀®治疗方案属于: 辅助<input type="checkbox"/> 一线<input type="checkbox"/> 二线<input type="checkbox"/> 三线及以上<input type="checkbox"/></p> <p>目前赫赛汀®用量: _____ mg qw<input type="checkbox"/> q3w<input type="checkbox"/> 其它<input type="checkbox"/> _____ 天</p> <p>疗效评估: 早期乳腺癌患者: 出现复发<input type="checkbox"/> 未出现复发<input type="checkbox"/></p> <p>晚期乳腺癌患者: CR<input type="checkbox"/> PR<input type="checkbox"/> SD<input type="checkbox"/> PD<input type="checkbox"/></p> <p>治疗期间的不良事件:</p> <table border="1"> <tr> <td>赫赛汀®单药治疗<input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>发热<input type="checkbox"/> 腹泻<input type="checkbox"/> 中性粒细胞减少症<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>其它 _____</td> </tr> <tr> <td>与赫赛汀®相关性: 肯定有关<input type="checkbox"/> 可能有关<input type="checkbox"/> 无法判断<input type="checkbox"/> 可能无关<input type="checkbox"/> 肯定无关<input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>赫赛汀®联合治疗<input type="checkbox"/> 联合其它药物或方案名称: _____</td> </tr> <tr> <td>恶心<input type="checkbox"/> 呕吐<input type="checkbox"/> 中性粒细胞减少症<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>其它 _____</td> </tr> <tr> <td>与赫赛汀®相关性: 肯定有关<input type="checkbox"/> 可能有关<input type="checkbox"/> 无法判断<input type="checkbox"/> 可能无关<input type="checkbox"/> 肯定无关<input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/>建议继续使用赫赛汀®治疗, 用药剂量为: _____ mg qw<input type="checkbox"/> q3w<input type="checkbox"/> 其它<input type="checkbox"/> _____ 天</p> <p><input type="checkbox"/>建议停止使用赫赛汀®治疗, 原因: _____</p>	检查报告单(*为必填项, 请指定/授权医生务必填写其中3项。)				胸片*	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:		腹部B超*	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:		超声心动图*	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:		胸部CT*	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:		乳房B超*	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:		骨扫描:	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:		钼靶:	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:		其它: _____	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:		赫赛汀®单药治疗 <input type="checkbox"/>	发热 <input type="checkbox"/> 腹泻 <input type="checkbox"/> 中性粒细胞减少症 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 其它 _____	与赫赛汀®相关性: 肯定有关 <input type="checkbox"/> 可能有关 <input type="checkbox"/> 无法判断 <input type="checkbox"/> 可能无关 <input type="checkbox"/> 肯定无关 <input type="checkbox"/>	赫赛汀®联合治疗 <input type="checkbox"/> 联合其它药物或方案名称: _____	恶心 <input type="checkbox"/> 呕吐 <input type="checkbox"/> 中性粒细胞减少症 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 其它 _____	与赫赛汀®相关性: 肯定有关 <input type="checkbox"/> 可能有关 <input type="checkbox"/> 无法判断 <input type="checkbox"/> 可能无关 <input type="checkbox"/> 肯定无关 <input type="checkbox"/>
检查报告单(*为必填项, 请指定/授权医生务必填写其中3项。)																																											
胸片*	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:																																									
腹部B超*	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:																																									
超声心动图*	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:																																									
胸部CT*	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:																																									
乳房B超*	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:																																									
骨扫描:	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:																																									
钼靶:	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:																																									
其它: _____	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:																																									
赫赛汀®单药治疗 <input type="checkbox"/>																																											
发热 <input type="checkbox"/> 腹泻 <input type="checkbox"/> 中性粒细胞减少症 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 其它 _____																																											
与赫赛汀®相关性: 肯定有关 <input type="checkbox"/> 可能有关 <input type="checkbox"/> 无法判断 <input type="checkbox"/> 可能无关 <input type="checkbox"/> 肯定无关 <input type="checkbox"/>																																											
赫赛汀®联合治疗 <input type="checkbox"/> 联合其它药物或方案名称: _____																																											
恶心 <input type="checkbox"/> 呕吐 <input type="checkbox"/> 中性粒细胞减少症 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 其它 _____																																											
与赫赛汀®相关性: 肯定有关 <input type="checkbox"/> 可能有关 <input type="checkbox"/> 无法判断 <input type="checkbox"/> 可能无关 <input type="checkbox"/> 肯定无关 <input type="checkbox"/>																																											
备注	*请申请人配合指定医生完整填写此表, 避免因填写原因(缺填、漏填、错填等)造成此表格作废。																																										

中国癌症基金会意见	同意赠药 <input type="checkbox"/>	不同意赠药 <input type="checkbox"/>	审批人签字
	患者唯一编码: _____	原因 _____	_____
	领药地点: _____		日期 _____

中国癌症基金会赫赛汀®患者援助项目首次赠药申请评估表



患者填写	姓名 _____ 年龄 _____ 性别 _____ 身份证号码 □□□□□□□□□□□□□□□□□□ 家庭住址 _____ 省 _____ 市 _____ 联系电话(固话) _____ 手机 _____ 当前治疗的医院 _____	患者签字 (必填) _____ 日期 _____																													
	<p>检查报告单(*为必填项, 请指定/授权医生务必填写其中3项。)</p> <table border="1"> <tr> <td>胸片*</td> <td>正常<input type="checkbox"/> 异常:</td> <td>检查时间:</td> </tr> <tr> <td>腹部B超*</td> <td>正常<input type="checkbox"/> 异常:</td> <td>检查时间:</td> </tr> <tr> <td>超声心动图*</td> <td>正常<input type="checkbox"/> 异常:</td> <td>检查时间:</td> </tr> <tr> <td>胸部CT*</td> <td>正常<input type="checkbox"/> 异常:</td> <td>检查时间:</td> </tr> <tr> <td>乳房B超*</td> <td>正常<input type="checkbox"/> 异常:</td> <td>检查时间:</td> </tr> <tr> <td>骨扫描:</td> <td>正常<input type="checkbox"/> 异常:</td> <td>检查时间:</td> </tr> <tr> <td>钼靶:</td> <td>正常<input type="checkbox"/> 异常:</td> <td>检查时间:</td> </tr> <tr> <td>其它: _____</td> <td>正常<input type="checkbox"/> 异常:</td> <td>检查时间:</td> </tr> </table> <p>注: 请患者根据医生填写的检查项, 附上相应的检查报告单复印件(指定医生或授权医生签字并加盖指定医生项目专用章)</p> <p>体力状况评分: 0分<input type="checkbox"/> 1分<input type="checkbox"/> 2分<input type="checkbox"/> 3分<input type="checkbox"/> 4分<input type="checkbox"/></p> <p>当前化疗方案以及剂量: 方案: _____ (第 _____ 周期)</p> <p>当前赫赛汀®治疗方案属于: 辅助<input type="checkbox"/> 一线<input type="checkbox"/> 二线<input type="checkbox"/> 三线及以上<input type="checkbox"/></p> <p>目前赫赛汀®用量: _____ mg qw<input type="checkbox"/> q3w<input type="checkbox"/> 其它<input type="checkbox"/> _____ 天</p> <p>疗效评估: 早期乳腺癌患者: 出现复发<input type="checkbox"/> 未出现复发<input type="checkbox"/></p> <p>晚期乳腺癌患者: CR<input type="checkbox"/> PR<input type="checkbox"/> SD<input type="checkbox"/> PD<input type="checkbox"/></p> <p>治疗期间的不良事件:</p> <table border="1"> <tr> <td>赫赛汀®单药治疗<input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>发热<input type="checkbox"/> 腹泻<input type="checkbox"/> 中性粒细胞减少症<input type="checkbox"/> 其它 _____</td> </tr> <tr> <td>与赫赛汀®相关性: 肯定有关<input type="checkbox"/> 可能有关<input type="checkbox"/> 无法判断<input type="checkbox"/> 可能无关<input type="checkbox"/> 肯定无关<input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>赫赛汀®联合治疗<input type="checkbox"/> 联合其它药物或方案名称: _____</td> </tr> <tr> <td>恶心<input type="checkbox"/> 呕吐<input type="checkbox"/> 中性粒细胞减少症<input type="checkbox"/> 其它 _____</td> </tr> <tr> <td>与赫赛汀®相关性: 肯定有关<input type="checkbox"/> 可能有关<input type="checkbox"/> 无法判断<input type="checkbox"/> 可能无关<input type="checkbox"/> 肯定无关<input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> 建议继续使用赫赛汀®治疗, 用药剂量为: _____ mg qw<input type="checkbox"/> q3w<input type="checkbox"/> 其它<input type="checkbox"/> _____ 天</p> <p><input type="checkbox"/> 建议停止使用赫赛汀®治疗, 原因: _____</p>	胸片*	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:	腹部B超*	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:	超声心动图*	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:	胸部CT*	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:	乳房B超*	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:	骨扫描:	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:	钼靶:	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:	其它: _____	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:	赫赛汀®单药治疗 <input type="checkbox"/>	发热 <input type="checkbox"/> 腹泻 <input type="checkbox"/> 中性粒细胞减少症 <input type="checkbox"/> 其它 _____	与赫赛汀®相关性: 肯定有关 <input type="checkbox"/> 可能有关 <input type="checkbox"/> 无法判断 <input type="checkbox"/> 可能无关 <input type="checkbox"/> 肯定无关 <input type="checkbox"/>	赫赛汀®联合治疗 <input type="checkbox"/> 联合其它药物或方案名称: _____	恶心 <input type="checkbox"/> 呕吐 <input type="checkbox"/> 中性粒细胞减少症 <input type="checkbox"/> 其它 _____	与赫赛汀®相关性: 肯定有关 <input type="checkbox"/> 可能有关 <input type="checkbox"/> 无法判断 <input type="checkbox"/> 可能无关 <input type="checkbox"/> 肯定无关 <input type="checkbox"/>
胸片*	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:																													
腹部B超*	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:																													
超声心动图*	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:																													
胸部CT*	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:																													
乳房B超*	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:																													
骨扫描:	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:																													
钼靶:	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:																													
其它: _____	正常 <input type="checkbox"/> 异常:	检查时间:																													
赫赛汀®单药治疗 <input type="checkbox"/>																															
发热 <input type="checkbox"/> 腹泻 <input type="checkbox"/> 中性粒细胞减少症 <input type="checkbox"/> 其它 _____																															
与赫赛汀®相关性: 肯定有关 <input type="checkbox"/> 可能有关 <input type="checkbox"/> 无法判断 <input type="checkbox"/> 可能无关 <input type="checkbox"/> 肯定无关 <input type="checkbox"/>																															
赫赛汀®联合治疗 <input type="checkbox"/> 联合其它药物或方案名称: _____																															
恶心 <input type="checkbox"/> 呕吐 <input type="checkbox"/> 中性粒细胞减少症 <input type="checkbox"/> 其它 _____																															
与赫赛汀®相关性: 肯定有关 <input type="checkbox"/> 可能有关 <input type="checkbox"/> 无法判断 <input type="checkbox"/> 可能无关 <input type="checkbox"/> 肯定无关 <input type="checkbox"/>																															
医生填写																															
备注	*请申请人配合指定医生完整填写此表, 避免因填写原因(缺填、漏填、错填等)造成此表格作废。																														

