中国癌症基金会帕捷特®患者援助项目随访第__次评估表

<table>
<tr><td>患者填写</td><td>姓名_____ 年龄_____ 性别_____
身份证号码□□□□□□□□□□□□□□□□□□
回寄地址_____省_____市_____
有效联系人_____ 手机_____
当前治疗医院_____</td><td>患者签字（必填）
_____
日期
_____</td></tr>
<tr><td>医生填写</td><td>
<table>
<tr><td colspan="4">检查报告单（请指定/授权医生务必填写标*项，除超声心动图检查时间为近 3 个月内，其余检查若有时间为近一年内。）</td><td></td></tr>
<tr><td>超声心动图*：</td><td>正常□</td><td>异常：</td><td>检查时间：</td><td></td></tr>
<tr><td>胸片:</td><td>正常□</td><td>异常：</td><td>检查时间：</td><td></td></tr>
<tr><td>腹部 B 超:</td><td>正常□</td><td>异常：</td><td>检查时间：</td><td></td></tr>
<tr><td>胸部 CT/MRI:</td><td>正常□</td><td>异常：</td><td>检查时间：</td><td></td></tr>
<tr><td>乳房 B 超:</td><td>正常□</td><td>异常：</td><td>检查时间：</td><td></td></tr>
<tr><td>骨扫描：</td><td>正常□</td><td>异常：</td><td>检查时间：</td><td></td></tr>
<tr><td>钼靶：</td><td>正常□</td><td>异常：</td><td>检查时间：</td><td></td></tr>
<tr><td>其它：_____</td><td>正常□</td><td>异常：</td><td>检查时间：</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">注：请患者根据医生填写的检查项，附上最近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）</td><td></td></tr>
</table>
疗效评估：
早期乳腺癌患者：□未出现复发 □出现复发
体力状况评分：0 分□ 1 分□ 2 分□ 3 分□ 4 分□
治疗期间<u>不良事件</u>：
□建议继续使用帕捷特®治疗：用药剂量为_____mg q3w□ 其它□____
□建议停用帕捷特®治疗，原因_____
使用帕捷特安全性评估：
任何不良事件： 无□ 有□ 请注明：_____
_____
</td><td>指定医生/授权医生签字:
_____
指定医生项目专用章
_____
日期
_____</td></tr>
<tr><td>备注</td><td colspan="2">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。</td></tr>
</table>