

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目

援助期第一次随访医学评估表

项目 申请 人 填 写	患者入组编码 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	患者姓名	联系电话
	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"/>	
	患者签名: _____	
项目 指定 医 师 填 写	目前完成 欧狄沃®治疗 后疗效评估	依照RECIST1.1/iRECIST标准: <input type="checkbox"/> CR/iCR <input type="checkbox"/> PR/iPR <input type="checkbox"/> SD/iSD <input type="checkbox"/> iUPD <input type="checkbox"/> PD/iCPD
	指定医师意见	同意欧狄沃®继续治疗: <input type="checkbox"/> 是, _____ 周 _____ mg <input type="checkbox"/> 否
	指定医师或 授权医师签名: _____	指定医师 项目专用章: _____ 日期: _____

*备注: 请患者和指定医师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

援助期第一次随访医学评估表

项目 申请 人 填 写	患者入组编码 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	患者姓名	联系电话
	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"/>	
	患者签名: _____	
项目 指定 医 师 填 写	目前完成 欧狄沃®治疗 后疗效评估	依照RECIST1.1/iRECIST标准: <input type="checkbox"/> CR/iCR <input type="checkbox"/> PR/iPR <input type="checkbox"/> SD/iSD <input type="checkbox"/> iUPD <input type="checkbox"/> PD/iCPD
	指定医师意见	同意欧狄沃®继续治疗: <input type="checkbox"/> 是, _____ 周 _____ mg <input type="checkbox"/> 否
	指定医师或 授权医师签名: _____	指定医师 项目专用章: _____ 日期: _____

*备注: 请患者和指定医师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。