

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"/>						
	联系地址	_____省_____市				邮编		
		详细地址: _____						
	第一联系人		电话		关系			
	第二联系人		电话		关系			
	项目指定医院							
患者签名: _____								
项目 指定 医师 填写	疾病诊断	是否为经过含铂化疗后的局部晚期或转移性非小细胞肺癌: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 肿瘤病理类型: <input type="checkbox"/> 鳞癌 <input type="checkbox"/> 非鳞癌 EGFR检测结果: <input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 未知 ALK检测结果: <input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 未知						
		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: <input type="checkbox"/> 是						
	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

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"/>						
	联系地址	_____省_____市					邮编	
		详细地址: _____						
	第一联系人		电话		关系			
	第二联系人		电话		关系			
	项目指定医院							
患者签名: _____								
项目 指定 医师 填写	疾病诊断	是否为经过含铂化疗后的局部晚期或转移性非小细胞肺癌: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 肿瘤病理类型: <input type="checkbox"/> 鳞癌 <input type="checkbox"/> 非鳞癌 EGFR检测结果: <input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 未知 ALK检测结果: <input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 未知						
		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: <input type="checkbox"/> 是						
	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。