

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目

第二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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
	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	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							
	影像学检查 (胸部CT或 PET-CT必填 一项)	胸部CT:	检查时间: _____年____月____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小 _____				
				<input type="checkbox"/> 不可测量病灶				
		PET-CT:	检查时间: _____年____月____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小 _____				
				<input type="checkbox"/> 不可测量病灶				
头颅MRI/增强CT (如适用):		检查时间: _____年____月____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小 _____					
		<input type="checkbox"/> 不可测量病灶						
骨扫描(如适用):	检查时间: _____年____月____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小 _____						
		<input type="checkbox"/> 不可测量病灶						
其他(如适用):	检查时间: _____年____月____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小 _____						
		<input type="checkbox"/> 不可测量病灶						
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

第二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	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							
	影像学检查 (胸部CT或 PET-CT必填 一项)	胸部CT:	检查时间: _____年____月____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小 _____				
				<input type="checkbox"/> 不可测量病灶				
		PET-CT:	检查时间: _____年____月____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小 _____				
				<input type="checkbox"/> 不可测量病灶				
头颅MRI/增强CT (如适用):		检查时间: _____年____月____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小 _____					
		<input type="checkbox"/> 不可测量病灶						
骨扫描(如适用):	检查时间: _____年____月____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小 _____						
		<input type="checkbox"/> 不可测量病灶						
其他(如适用):	检查时间: _____年____月____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小 _____						
		<input type="checkbox"/> 不可测量病灶						
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。