七、中国癌症基金会泰圣奇患者援助项目

再次申请医学评估表

1、患者信息（患者填写）					
姓　　名		性　　别	☐男　　☐女	年　　龄	
身份证/军官证号码					

2、医学条件评价（医生填写）	
近两月内最近一次疗效评估的影像学检查	
必填项 （任选其一）	☐胸部 CT（检查时间：_____年_____月_____日） ☐PET-CT（检查时间：_____年_____月_____日）
选填项 （如适用）	☐头颅 MRI/增强 CT（检查时间：_____年_____月_____日） ☐骨扫描（检查时间：_____年_____月_____日） ☐腹部 CT （检查时间：_____年_____月_____日） ☐其他 _____（检查时间：_____年_____月_____日）
目前完成泰圣奇®治疗后疗效评估，根据 iRECIST 1.1： ☐iCR　☐iPR　☐iSD　☐iUPD　☐iCPD 患者在治疗过程中是否发生不良反应？☐是，_____ ☐否	

3、医生意见（医生填写）
同意患者继续使用泰圣奇治疗： ☐是　　☐否（注明原因）_____

4、用法用量（医生填写）			
治疗剂量：_____mg；　　用法：_____			
指定医生/授权医生签字		盖章（项目专用章）	
本次就诊和填表日期	年　　月　　日		