

# 中国癌症基金会泰圣奇（非小细胞肺癌）患者援助项目

## 首次申请医学评估表（样表）

1、患者信息（患者填写）																		
姓 名	王五						性 别	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				年 龄	XX					
身份证/军官证号码	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
2、医学条件评价（医生填写）																		
诊断	<input checked="" type="checkbox"/> 转移性非小细胞肺癌（IV期 NSCLC）患者																	
组织学类型	<input checked="" type="checkbox"/> 非鳞癌 <input type="checkbox"/> 鳞癌																	
此次是否为针对转移性非小细胞肺癌的一线单药治疗	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																	
治疗方式	<input checked="" type="checkbox"/> 泰圣奇单药 <input type="checkbox"/> 泰圣奇联合培美曲塞和铂类化疗																	
分子检测	PD-L1 检测（ <input checked="" type="checkbox"/> TC≥50%或者 IC≥10% <input type="checkbox"/> 其它结果：_____） 以下仅针对非鳞癌患者填写： EGFR 基因突变（ <input type="checkbox"/> 阳性 <input checked="" type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 不适用，原因_____） ALK（ <input type="checkbox"/> 阳性 <input checked="" type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 不适用，原因_____）																	
泰圣奇开始治疗时间	XXXX 年 XX 月 XX 日																	
影像学检查（近半年内）																		
必填项 （任选其一）	<input checked="" type="checkbox"/> 胸部 CT（检查时间：XXXX 年 XX 月 XX 日） <input type="checkbox"/> PET-CT（检查时间：____ 年 ____ 月 ____ 日）																	
选填项 （如适用）	<input type="checkbox"/> 头颅 MRI/增强 CT（检查时间：____ 年 ____ 月 ____ 日） <input type="checkbox"/> 骨扫描（检查时间：____ 年 ____ 月 ____ 日） <input type="checkbox"/> 腹部 CT（检查时间：____ 年 ____ 月 ____ 日） <input type="checkbox"/> 其他 _____（检查时间：____ 年 ____ 月 ____ 日）																	
患者在治疗过程中是否发生不良反应？ <input type="checkbox"/> 是， _____ <input checked="" type="checkbox"/> 否																		
3、用法用量（医生填写）																		
治疗剂量：1200 mg； 用法：Q3W																		
4、医生意见（医生填写）																		
该患者是否符合入组的医学标准 <input checked="" type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合																		
指定医生/授权医生签字	XX						盖章（项目专用章）	TPAP-CFC										
本次就诊和填表日期	XXXX 年 XX 月 XX 日																	

# 中国癌症基金会泰圣奇（非小细胞肺癌）患者援助项目

## 再次申请医学评估表（样表）

1、患者信息（患者填写）																	
姓 名	王五						性 别	<input checked="" type="checkbox"/> 男				<input type="checkbox"/> 女		年 龄	XX		
身份证/军官证号码	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
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)	<input checked="" type="checkbox"/> 胸部 CT（检查时间： <u>XXXX</u> 年 <u>XX</u> 月 <u>XX</u> 日） <input type="checkbox"/> PET-CT（检查时间：____年____月____日）																
选填项 (如适用)	<input type="checkbox"/> 头颅 MRI/增强 CT（检查时间：____年____月____日） <input type="checkbox"/> 骨扫描（检查时间：____年____月____日） <input type="checkbox"/> 腹部 CT（检查时间：____年____月____日） <input type="checkbox"/> 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:																	
<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input checked="" type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> iUPD <input type="checkbox"/> PD 患者在治疗过程中是否发生不良反应？ <input type="checkbox"/> 是，_____ <input checked="" type="checkbox"/> 否																	
3、医生意见（医生填写）																	
同意患者继续使用泰圣奇治疗：																	
<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（注明原因）_____																	
4、用法用量（医生填写）																	
治疗剂量： <u>1200</u> mg；用法： <u>Q3W</u>																	
指定医生/授权医生签字	X X						盖章（项目专用章）	TPAP-CFC									
本次就诊和填表日期	XXXX 年 XX 月 XX 日																




# 中国癌症基金会泰圣奇（非小细胞肺癌）患者援助项目 随访评估表

## 第 X 次（样表）

1、患者信息（患者填写）			
姓名	王五	性别	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
年龄	XX	唯一编码	XXXX
2、医学条件评估（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)	<input checked="" type="checkbox"/> 胸部 CT（检查时间：XXXX 年 XX 月 XX 日）		
	<input type="checkbox"/> PET-CT（检查时间：____ 年 ____ 月 ____ 日）		
选填项 (如适用)	<input type="checkbox"/> 头颅 MRI/增强 CT（检查时间：____ 年 ____ 月 ____ 日）		
	<input type="checkbox"/> 骨扫描（检查时间：____ 年 ____ 月 ____ 日）		
	<input type="checkbox"/> 腹部 CT（检查时间：____ 年 ____ 月 ____ 日）		
	<input type="checkbox"/> 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:			
<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input checked="" type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> iUPD <input type="checkbox"/> PD			
患者在治疗过程中是否发生不良反应？ <input type="checkbox"/> 是，_____ <input checked="" type="checkbox"/> 否			
同意患者继续使用泰圣奇治疗：			
<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（注明原因）_____			
3、用法用量（医生填写）			
治疗剂量： <u>1200</u> mg； 用法： <u>Q3W</u>			
指定医生/授权医生签字： <u>XX</u> 盖章(项目专用章):TPAP-CFC			
日期： <u>XXXX</u> 年 <u>XX</u> 月 <u>XX</u> 日			

## 九、中国癌症基金会泰圣奇患者援助项目

### 经济评估表（样表）

申请人基本情况																		
申请人姓名： <u>王五</u> 年龄： <u>60</u> 性别： <u>男</u> 婚姻状况： <u>已婚</u> 身份证号码： <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td> </tr> </table> 联系电话 1： <u>XXXXXXXXXXXX</u> 联系电话 2： <u>XXXXXXXXXXXX</u> 现居住地： <u>河北</u> 省 <u>石家庄</u> 市 <u>XX</u> 区 <u>XX 街道 XX 小区 XX 号楼 XX 单元 XXXX 室</u>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
工作单位填写部分																		
工作单位名称： <u>石家庄市 XX 公司</u> 工作单位地址： <u>河北省石家庄市 XX 区 XX 街道 XX 号</u> 工作部门： <u>XX 部门</u> 职务： <u>XX 职务</u> 工作时间： <u>19XX</u> 年至 <u>20XX</u> 年 上一年度收入： （含工资、奖金、补贴、分红、兼职收入等，并附地税局的个人完税证明） <u>XXXXXX</u> 元 证明人职务： <u>XXXXX</u> 办公电话（固话）： <u>XXX-XXXXXXX</u> 证明人签字： <u>XXXXX</u> 证明部门盖章：  证明日期： <u>XXXX 年 XX 月 XX 日</u>																		
患者申请情况说明																		
（患者声明）我在此声明，已完全知晓中国癌症基金会泰圣奇患者援助项目的相关信息，同意并严格遵守项目的相关规定，资源按照程序申请项目，我愿意承担违反规定后的一切后果。 填表人签字： <u>王五</u> 申请人签字： <u>王五</u> 日期： <u>XXXX 年 XX 月 XX 日</u>																		
当地政府部门填写（申请人所在地民政部门、居委会或街道办事处）																		
当地政府部门核准申请人家庭经济困难，无能力支付泰圣奇药品费用 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 （当地政府部门公章 经办人签字： <u>XX</u> 联系电话（固话）：  经办人职务： <u>XX</u> 日期： <u>XXXX 年 XX 月 XX 日</u>																		

### 申请人直系亲属信息

家属姓名: 赵 X 性别: 女 年龄: 56 与患者关系: 配偶

身份证号码: 

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

手机号码: XXXXXXXXXXXX 座机号码: XXX-XXXXXXXX

工作单位名称: 退休

工作单位地址: 河北省石家庄市 XX 区 XX 街道 XX 号


工作部门: \_\_\_\_\_ 职务: \_\_\_\_\_ 工作时间: 19XX 年至 20XX 年

上一年度收入: \_\_\_\_\_  
 (含工资、奖金、补贴、分红、兼职收入等, 并附地税局的个人完税证明) XXXXXX 元

证明人职务: XXXXXX 办公电话(固话): XXX-XXXXXXX

证明人签字: XXXXXX 单位盖章: \_\_\_\_\_

证明日期: \_\_\_\_\_



### 申请人直系亲属信息

家属姓名: 赵 X 性别: 女 年龄: 30 与患者关系: 父女

身份证号码: 

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

手机号码: XXXXXXXXXXXX 座机号码: XXX-XXXXXXXX

工作单位名称: 北京市 XXXX 责任有限公司

工作单位地址: 北京市 XX 区 XX 街道 XX 号

工作部门: XXXXXX 职务: XXXXXX 工作时间: 19XX 年至 20XX 年

上一年度收入: \_\_\_\_\_  
 (含工资、奖金、补贴、分红、兼职收入等, 并附地税局的个人完税证明) XXXXXX 元

证明人职务: XXXXXX 办公电话(固话): XXX-XXXXXXX

证明人签字: XXXXXX 单位盖章: \_\_\_\_\_

证明日期: XXXX 年 XX 月 XX 日

