

# 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

1、患者信息（患者填写）													
姓 名						性 别	<input type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> 女		年 龄		
身份证/军官证号码													
2、医学条件评价（医生填写）													
诊断	<input type="checkbox"/> 转移性非小细胞肺癌（IV期 NSCLC）患者												
组织学类型	<input 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治疗								<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
治疗方式	<input 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	以下仅针对“泰圣奇单药”患者填写： PD-L1 检测（ <input 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 type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 不适用，原因_____） ALK（ <input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 不适用，原因_____）												
泰圣奇开始治疗时间	_____年 _____月 _____日												
影像学检查（近半年内）													
必填项 (任选其一)	<input type="checkbox"/> 胸部 CT（检查时间：_____年_____月_____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 type="checkbox"/> 否													
3、用法用量（医生填写）													
治疗剂量：_____mg； 用法：_____													
4、医生意见（医生填写）													
该患者是否符合入组的医学标准 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合													
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					