



中国癌症基金会
Cancer Foundation of China



欧狄沃患者援助项目



中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目 患者申请手册

恶性胸膜间皮瘤

2021年10月版

目录

◆ 一、项目介绍	02
① 目的	
② 项目启动和截止时间	
③ 项目援助对象	
④ 项目援助方式	
⑤ 项目联系方式	
⑥ 项目监查	
◆ 二、申请条件	03
① 医学标准	
② 附加标准	
③ 终止标准	
◆ 三、项目流程	04
① 流程图	
② 注意事项	
◆ 四、已入组项目患者办理异地转诊手续要求	10
◆ 五、法律声明	10
◆ 六、患者申请表	10
① 患者告知书	附表一
② 经济评估表	附表二
③ 第一阶段申请医学评估表	附表三
④ 欧狄沃援助期第一次随访医学评估表	附表四
⑤ 逸沃援助期第一次随访医学评估表	附表五
⑥ 患者异地转诊申请表	附表六
⑦ 第二阶段申请医学评估表	附表七
⑧ 再次申请经济状况证明	附表八

一、项目介绍

◆ 目的

为增加中国大陆患者接受欧狄沃、逸沃治疗的可及性,中国癌症基金会在百时美施贵宝公司的大力支持下,开展了“欧狄沃患者援助项目”,设立对欧狄沃联合逸沃治疗的恶性胸膜间皮瘤患者的援助,旨在减轻广大低收入恶性胸膜间皮瘤患者的经济负担,提高患者生存质量。

◆ 项目启动时间

2021年10月

◆ 项目截止时间

如果因不可抗力或援助药品发放完毕等原因必须停止援助,我们会提前通过多种渠道告知公众。在项目终止日期前已经获得批准入组的患者,我们将保证这些患者继续获得当次周期的药品援助。

◆ 项目援助对象

符合项目医学标准及经济标准的低收入或贫困的恶性胸膜间皮瘤患者。

◆ 项目援助对象

1) 欧狄沃的援助方案:

一个申请年度分为两个申请阶段:

针对接受欧狄沃3mg/kg二周方案治疗的患者,欧狄沃援助方案如下:

第一阶段(3+3):

经指定医疗机构诊断符合医学标准并经项目办审核通过后的低收入患者,在连续接受3次欧狄沃治疗后,经指定医师评估能够继续从欧狄沃治疗中获益且未发生疾病进展,可获得后续最多3次治疗的免费药品援助。

第二阶段(3+X):

完成第一阶段的患者,如仍需接受欧狄沃治疗,可在再次连续接受3次欧狄沃治疗后,经指定医师评估能够继续从欧狄沃治疗中获益且未发生疾病进展,并经项目办审核通过后,患者即可获得最多一个申请年度内剩余的药品援助。一个申请年度内剩余药品援助的总次数最多不超过18次。

针对接受欧狄沃360mg三周方案治疗的患者,欧狄沃援助方案如下:

第一阶段(2+2)

经指定医疗机构诊断符合医学标准并经项目办审核通过后的低收入患者,在连续接受2次欧狄沃治疗后,经指定医师评估能够继续从欧狄沃治疗中获益且未发生疾病进展,可获得后续最多2次治疗的免费药品援助。

第二阶段(2+X)

完成第一阶段的患者,如仍需接受欧狄沃治疗,可在再次连续接受2次欧狄沃治疗后,经指定医师评估能够继续从欧狄沃治疗中获益且未发生疾病进展,并经项目办审核通过后,患者即可获得最多一个申请年度内剩余的药品援助。一个申请年度内剩余药品援助的总次数最多不超过12次。

2) 逸沃的援助方案:

经指定医疗机构诊断符合医学标准并经项目办审核通过后的低收入患者,在接受1次逸沃治疗后,经指定医师评估能够继续从逸沃治疗中获益且未发生疾病进展,可获得后续最多3次治疗的免费药品援助。患者可以循环申请直至出现疾病进展或产生不可接受的毒性,对于没有疾病进展的患者,治疗持续最长至24个月。

说明:

1. 欧狄沃援助申请按年度进行, 以患者首支自购药品发票对应的用药时间为一个申请年度的起点, 自起点顺推一年为终点。直至出现疾病进展或产生不可接受的毒性; 对于没有疾病进展的患者, 治疗持续最长至 24 个月。
2. 逸沃援助可以循环申请, 直至出现疾病进展或产生不可接受的毒性, 对于没有疾病进展的患者, 治疗持续最长至 24 个月。
3. 患者使用援助药品请遵照医嘱及药品说明书。

* 对于确诊为恶性胸膜间皮瘤前已持有“低保证”的贫困患者, 请咨询项目热线或查询项目官网获取项目申请资讯。

◆ 项目联系方式

项目热线: 400-669-0906

项目网站: www.cfchina.org.cn

项目微信公众号: 中国癌症基金会欧狄沃项目

邮政信箱: 北京 100061-10 信箱

◆ 项目监查

项目办公室对获得援助患者定期进行抽查, 核对个人信息和病历资料。如果拒绝接受核查或经核查发现任何医学条件或经济条件不符将立即停止援助。

* 请务必保留所有相关医学资料 (病历、病理、影像学检查报告及原片)

二、申请条件

◆ 医学标准

纳武利尤单抗(欧狄沃)联合伊匹木单抗(逸沃)用于不可手术切除的、初治的非上皮样恶性胸膜间皮瘤成人患者。

◆ 附加标准

- ① 持中华人民共和国居民身份证/军官证的大陆成年公民;
- ② 自愿申请加入该援助项目;
- ③ 患者获得援助前接受治疗的欧狄沃®和逸沃®必须为中国大陆销售的产品(发票时间需在2021年10月12日之后,含当日);
- ④ 低收入家庭(家庭直系亲属包括父母、配偶和子女)的患者或确诊为恶性胸膜间皮瘤前已持有“低保证”的贫困患者。

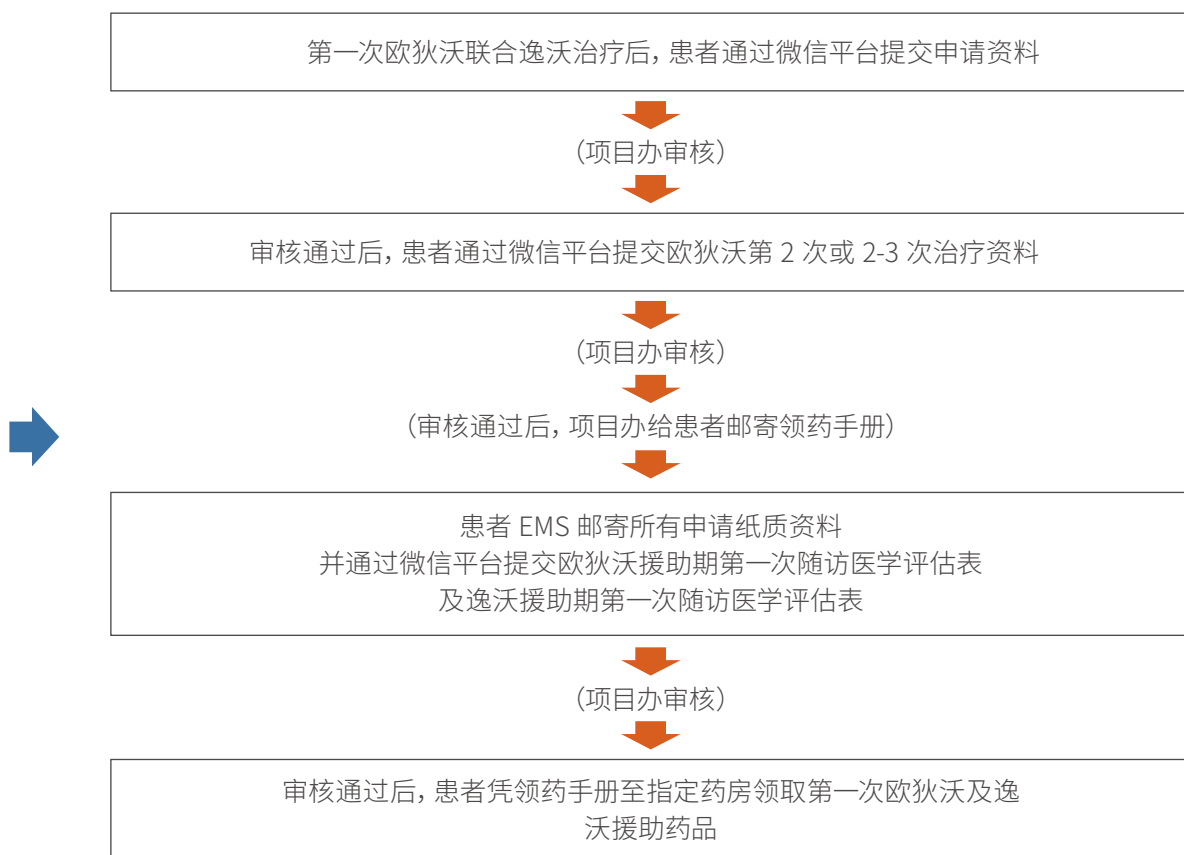
◆ 终止标准

如有以下情况之一者援助自动停止

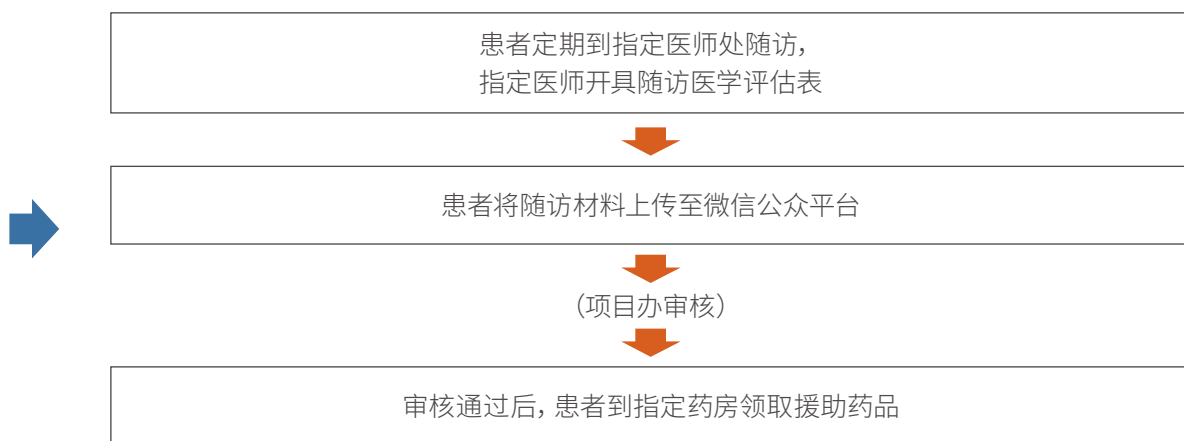
- ① 入组患者在接受欧狄沃、逸沃联合治疗援助期间,经项目指定医师按照RECIST1.1/mRECIST标准评估为疾病进展;
- ② 经项目指定医师确认不耐受欧狄沃或逸沃治疗;
- ③ 入组患者不能遵照项目要求定期随访;
- ④ 项目援助期间,任何原因导致的欧狄沃中断时间累积超过三个月,或逸沃治疗中断时间累积超过三个月并且不主动向项目办公室做任何说明的;
- ⑤ 患者自愿退出欧狄沃或逸沃治疗或生命终止;
- ⑥ 患者法律监护人/亲属要求终止欧狄沃或逸沃治疗;
- ⑦ 患者提供虚假医学或经济证明;
- ⑧ 患者将援助药品出售或转赠其他人;
- ⑨ 患者或其亲属不配合或拒绝接受项目监查及项目相关工作;
- ⑩ 患者因申请或参与此项目而实施违法违规行为。

三、项目流程

申请阶段



援助期随访领药



* 患者提交资料必须真实有效, 如与事实不符本人承担一切后果。

* 患者进入下一自费申请阶段, 申请过程中请根据微信端页面的具体提示准备相关申请资料。

第一阶段申请资料清单

患者治疗时间	提交申请步骤	资料清单	备注
自费第一次治疗后	微信公众上传	医学资料	
		1. 第一阶段申请医学评估表原件 需完整填写表中所有信息和勾选项。	需项目指定医师或授权医生单页签字并加盖指定医师项目专用章
		2. 恶性胸膜间皮瘤诊断的病理报告 检查结果为恶性胸膜间皮瘤诊断的病理报告。	第2至5项材料均可接受复印件，需项目指定医师或授权医生在复印件上骑缝签字并加盖指定医师项目专用骑缝章
		3. 患者诊断为恶性胸膜间皮瘤的住院病案首页及出院小结 该项资料需体现诊断为恶性胸膜间皮瘤。从未住院治疗的患者，可提供门诊病历。	
		4. 自费欧狄沃第1次治疗用药记录 用药记录中需体现患者姓名、使用药品名称、使用日期及用量（自费阶段：临时医嘱单，出院小结，门诊病历，输液单等）。（治疗时间需在2021年10月12日之后，含当日。）	
		5. 自费逸沃第1次治疗用药记录 用药记录中需体现患者姓名、使用药品名称、使用日期及用量（自费阶段：临时医嘱单，出院小结，门诊病历，输液单等）。（治疗时间需在2021年10月12日之后，含当日。）	
		经济资料	
		1. 经济评估表原件 需提供患者及全部直系亲属（包括患者父母、配偶、全部子女）的收入证明，不得漏报；若直系亲属过世，则需提供死亡证明复印件；患者本人50周岁及以上无需提供父母的收入证明；若离异，需提供离婚证复印件；18周岁及以上的在校学生需提供学生证复印件或在校证明。	《经济评估表》上照片位置贴患者近期1寸照片并由工作单位或当地政府部门加盖照片骑缝章
		2. 患者及配偶的房产证明 若无房产证，需当地政府部门提供相应证明。	
		3. 患者与直系亲属户口本复印件 需提供患者本人及直系亲属（包括患者父母、配偶、全部子女）的户口本复印件，若户口属于集体户，需提供集体户中本人户口页复印件。	
		个人和其他资料	
		1. 患者身份证正反面/军官证原件	
		2. 自费欧狄沃第1次治疗购药发票原件 由正规医院和药店开具，发票抬头必须是患者本人，发票内容需写明欧狄沃或纳武利尤单抗，若没写明，需同时提供发票对应的药品清单。（发票时间为2021年10月12日之后，含当日）	必须发票原件拍照上传，上传图像清晰
		3. 自费逸沃第1次治疗购药发票原件 由正规医院和药店开具，发票抬头必须是患者本人，发票内容需写明逸沃或伊匹木单抗，若没写明，需同时提供发票对应的药品清单。（发票时间为2021年10月12日之后，含当日）	

		4. 患者告知书原件		
		5. 患者线上自拍本人以头部至肩为主体的照片		
项目办线上预审核，并将审核结果告知患者				
患者治疗时间	提交申请步骤	资料清单	备注	
自费欧狄沃满2次或3次治疗后	微信 公众号 上传	1. 自费欧狄沃第2次或2-3次治疗用药记录 用药记录中需体现患者姓名、使用药品名称、使用日期及用量（自费阶段：临时医嘱单，出院小结，门诊病历，输液单等）。（用药时间需在2021年10月12日之后，含当日。）	可接受复印件，合并后需项目指定医师或授权医生在复印件上骑缝签字并加盖指定医师项目专用骑缝章	
		2. 自费欧狄沃第2次或2-3次治疗的购药发票原件 由正规医院和药店开具。发票抬头必须是患者本人，发票内容需写明欧狄沃或纳武利尤单抗，若没写明，需同时提供发票对应的药品清单。（发票时间需在2021年10月12日之后，含当日。）	必须发票原件拍照上传，上传图像清晰	
	项目办审核通过后			
	线下 EMS邮 寄至 “北京 100061- 10信箱”	医学资料		邮寄上传至微信公众号的材料原件
		1. 第一阶段申请医学评估表原件		
		2. 恶性胸膜间皮瘤诊断的病理报告		
		3. 患者诊断为恶性胸膜间皮瘤的住院病案首页及出院小结		
		4. 自费欧狄沃第1-2次或1-3次治疗用药记录		
		5. 自费逸沃第1次治疗用药记录		
		经济资料		
		1. 经济评估表原件		
		2. 患者及配偶的房产证明复印件		
		3. 患者与直系亲属户口本复印件		
		个人和其他资料		
1. 患者身份证正反面/军官证复印件				
2. 自费欧狄沃第1-2次或1-3次治疗的购药发票复印件				
3. 自费逸沃第1次治疗发票复印件				
4. 患者告知书原件				

* 当患者进入第一阶段后续治疗时，请根据微信端页面的具体提示准备相关申请资料。

第二阶段申请资料清单

患者治疗时间	提交申请步骤	资料清单	备注
自费第1次治疗后	微信 公众号 上传	医学资料	
		1. 第二阶段申请医学评估表原件 需完整填写表中所有信息和勾选项。表中影像学检查的评估应与上传的影像学检查报告一致。	需项目指定医师或授权医生单页签字并加盖指定医师项目专用章
		2. 本次申请近2个月内影像学检查报告复印件* 胸部 CT 或PET-CT 至少提供一项。	第2、4项材料均可接受复印件，需项目指定医师或授权医生在复印件上骑缝签字并加盖指定医师项目专用骑缝章
		3. 自费欧狄沃第1次治疗购药发票原件 由正规医院和药店开具，发票抬头必须是患者本人，发票内容需写明欧狄沃或纳武利尤单抗，若没写明，需同时提供发票对应的药品清单。（发票时间需在2021年10月12日之后，含当日。）	
		4. 自费欧狄沃第1次治疗用药记录 用药记录中需体现患者姓名、使用药品名称、使用日期及用量（自费阶段：临时医嘱单，出院小结，门诊病历，输液单等）。（用药时间需在2021年10月12日之后，含当日。）	
5. 上一次逸沃治疗用药记录 用药记录中需体现患者姓名、使用药品名称、使用日期及用量（如为自费阶段：临时医嘱单，出院小结，门诊病历，输液单等/如为援助药品：药品领取使用记录）。（用药时间需在2021年10月12日之后，含当日。）			
项目办线上预审核			
自费欧狄沃满2次或3次治疗后	微信 公众号 上传	1. 自费欧狄沃第2次或2-3次治疗用药记录 用药记录中需体现患者姓名、使用药品名称、使用日期及用量（自费阶段：临时医嘱单，出院小结，门诊病历，输液单等）。（用药时间需在2021年10月12日之后，含当日。）	可接受复印件，合并后需项目指定医师或授权医生在复印件上骑缝签字并加盖指定医师项目专用骑缝章
		2. 自费欧狄沃第2次或2-3次治疗的购药发票原件 由正规医院和药店开具。发票抬头必须是患者本人，发票内容需写明欧狄沃或纳武利尤单抗，若没写明，需同时提供发票对应的药品清单。（用药时间需在2021年10月12日之后，含当日。）	必须发票原件拍照上传，上传图像清晰
项目办审核通过后			
	线下 EMS邮 寄至 “北京 100061- 10信箱”	医学资料	
		1. 第二阶段申请医学评估表原件	邮寄上传至微信公众号的材料原件
		2. 本次申请近2个月内影像学检查报告复印件*	
		3. 自费欧狄沃治疗第1-2次或1-3次用药记录	
		4. 上一次逸沃治疗用药记录	
5. 自费欧狄沃治疗第1-2次或1-3次治疗的购药发票复印件			

当患者进入后续治疗时，请根据微信端页面的具体提示准备相关申请资料或致电项目热线。

当患者进入欧狄沃治疗第二年起，在第一阶段申请(3+3)或(2+2)阶段时，需提供第一阶段申请医学评估表原件，无需提供“本次申请近2个月内影像学检查报告复印件”。

援助期随访领药资料清单

◆ 欧狄沃、逸沃第1次随访评估：

- ① 到指定医师处填写欧狄沃援助期第一次随访医学评估表、逸沃援助期第一次随访医学评估表，并上传至微信平台

◆ 欧狄沃、逸沃第1次领取援助药品：

- ① 患者身份证/军官证原件
- ② 患者领药手册
- ③ 欧狄沃援助期第一次随访医学评估表第一联，逸沃援助期第一次随访医学评估表第一联，交回药房
- ④ 签署冷藏链产品保存告知书
- ⑤ 在欧狄沃、逸沃《药品领取使用记录》单中“药品领取记录”联上分别签字
- ⑥ 领取项目专用冰包（内置蓄冷剂）、一次性输液过滤器、医废回收袋

◆ 欧狄沃第2次随访评估：

- ① 到指定医师处填写本次欧狄沃援助期随访医学评估表，并上传至微信平台
- ② 指定医师填写上一次援助药品《药品使用记录》，并上传至微信平台

◆ 欧狄沃第2次领取援助药品：

- ① 患者身份证/军官证原件
- ② 患者领药手册
- ③ 本次欧狄沃援助期随访医学评估表第一联，交回药房
- ④ 将上一次欧狄沃《药品领取使用记录》第一联原件交回药房
- ⑤ 携带项目专用冰包（内置蓄冷剂）
- ⑥ 携带上次注射治疗后的空包装（药品外包装及空药瓶，保存于医废回收袋中）
- ⑦ 在本次欧狄沃《药品领取使用记录》单中“药品领取记录”联上签字
- ⑧ 领取一次性输液过滤器、医废回收袋

◆ 逸沃第2次随访评估：

- ① 到指定医师处填写逸沃援助期第二次随访医学评估表，并上传至微信平台
- ② 指定医师填写上一次逸沃援助药品《药品使用记录》，并上传至微信平台

◆ 逸沃第2次领取援助药品：

- ① 患者身份证/军官证原件
- ② 患者领药手册
- ③ 逸沃援助期第二次随访医学评估表第一联，交回药房
- ④ 将上一次逸沃《药品领取使用记录》第一联原件交回药房
- ⑤ 携带项目专用冰包（内置蓄冷剂）
- ⑥ 携带上次注射治疗后的空包装（药品外包装及空药瓶，保存于医废回收袋中）
- ⑦ 在本次逸沃《药品领取使用记录》单中“药品领取记录”联上签字
- ⑧ 领取一次性输液过滤器、医废回收袋

注：

- 1、患者需要每3个月提供一次影像学检查报告（胸部CT或PET-CT）。
- 2、患者提交材料必须真实有效，如有与事实不符本人承担一切后果。
- 3、患者进入下一自费申请阶段，申请过程中请根据微信端页面的具体提示准备相关申请资料。

注意事项

◆ 援助申请阶段

- ① 发票抬头须是患者身份证上的姓名，如原始发票中相关信息未显示购买药品的名称、单价、数量等，需提供相应的购药明细清单，清单金额与日期需与发票一致。
- ② 患者申请期间接受欧狄沃联合逸沃治疗，因任何原因导致中断，停药时间累积最长不超过三个月。
- ③ 所有医学相关申请资料均须按照项目规定由指定医师或授权医生签字并加盖指定医师项目专用章。
- ④ 如患者无法提供含有肿瘤大小的影像学检查报告（胸部CT或者PET-CT）复印件或项目办公室需进一步明确患者肿瘤缓解情况，则还需要继续提供影像学检查原片。
- ⑤ 援助期随访领药申请为每次治疗申请一次，项目办将在每次收到患者线上拍照上传的申请资料后，进行审批和药品物流运输，请患者合理安排好后续援助申请时间。
- ⑥ 援助药品剂量和使用周期与患者前期接受欧狄沃®联合逸沃®治疗一致。
- ⑦ 患者在援助期间内，如需暂停使用欧狄沃联合逸沃援助药品，须提交书面申请(明确暂停原因及时间并由指定医师签字)，超过三个月未按时领药并且不主动向项目办公室做任何说明的患者将视作自动放弃援助资格。
- ⑧ 请患者妥善保留患病期间的所有治疗记录，如有需要，项目办将要求患者提供更多医学资料。

重要提示：

患者须在领取援助药品前和指定医师所在医院预约好注射援助药品的相关事宜，确保援助药品在领取后及时完成注射。

◆ 申请审核

- ① 申请由中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目办公室审核，中国癌症基金会有权拒绝不符合条件的申请。
- ② 除项目流程规定的申请资料以外，项目办公室有权根据患者具体情况要求患者递交更多的证明资料。
- ③ 若审核通过，项目将通知患者具体领药时间和地点。
- ④ 如患者资料不全，项目办将通知患者以微信平台上传或邮寄等形式补充材料。
- ⑤ 如患者不符合项目援助标准，项目办将通知患者申请不成功，患者所有申请材料不予退还。
- ⑥ 影像学检查报告，按照RECIST1.1/mRECIST标准评估疾病进展。

◆ 本项目最终解释权归中国癌症基金会所有

中国癌症基金会对患者信息将严格保密，患者的信息将不会用于任何商业用途，仅用于项目的管理，执行和审计；如获悉药品不良事件，将按照相关法律法规的规定以及项目要求报告该不良事件。

四、已入组项目患者办理异地转诊手续要求

◆ 转诊要求:

- ① 患者要在不影响治疗的原则下进行异地转诊,以保证患者的治疗、检查、用药的连续性。
- ② 需转诊的患者一定要患者本人征得现指定医师同意,由现指定医师对患者的今后治疗提出意见,同时在将要接诊的指定医师同意接受的情况下才能进行转诊。
- ③ 患者应按照本通知第二条的程序办理转诊申请,通过项目办公室审批同意并通知患者后,方能转入新指定医师处随访及到新的发药点领取援助药品。审批结果由项目办公室通知患者、两地的指定医师和发药点。
- ④ 入组患者在同一个援助周期内,不接受同城转诊。

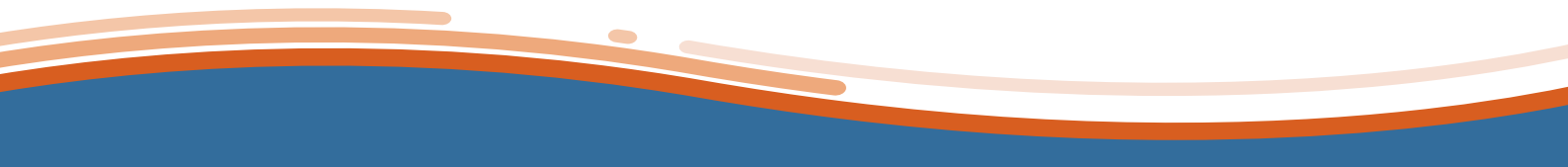
◆ 转诊流程:

- ① 患者在现指定医师处,经征得现指定医师同意后,填写《患者异地转诊申请表》。患者在申请表中须写明转诊原因并签名;现指定医师须在《患者异地转诊申请表》的“转诊意见”处写明具体转诊的意见并签名盖章。
- ② 患者将已填好的《患者异地转诊申请表》邮寄或带到接诊的指定医师处,由接诊指定医师在“接诊意见”处填写接诊医师意见并签名盖章。
- ③ 患者将填写好患者本人、现指定医师、接诊的指定医师三方意见的《患者异地转诊申请表》邮寄至项目办公室,由项目办公室审批备案。

五、法律声明

欧狄沃患者援助项目的一切解释权归中国癌症基金会
本项目为自愿报名形式

六、患者申请表



中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目 患者告知书

为增加中国大陆患者接受欧狄沃®逸沃®联合治疗的可及性，中国癌症基金会在百时美施贵宝公司的大力支持下，开展了“欧狄沃患者援助项目”，设立对欧狄沃联合逸沃治疗的恶性胸膜间皮瘤的患者的援助，旨在减轻广大低收入恶性胸膜间皮瘤患者的经济负担，提高患者生存质量。

◆ 项目截止时间

如果因不可抗力或援助药品发放完毕等原因必须停止援助，我们会提前通过多种渠道告知公众。在项目终止日期前已经获得批准入组的患者，我们将保证这些患者继续获得当次周期的药品援助。

◆ 项目援助对象

符合项目医学标准及经济标准的低收入或贫困恶性胸膜间皮瘤患者。

◆ 项目援助方式

1) 欧狄沃的援助方案：

一个申请年度分为两个申请阶段：

针对接受欧狄沃3mg/kg二周方案治疗的患者，欧狄沃援助方案如下：

第一阶段 (3+3)

经指定医疗机构诊断符合医学标准并经项目办审核通过后的低收入患者，在连续接受3次欧狄沃治疗后，经指定医师评估能够继续从欧狄沃治疗中获益且未发生疾病进展，可获得后续最多3次治疗的免费药品援助。

第二阶段 (3+X)

完成第一阶段的患者，如仍需接受欧狄沃治疗，可在再次连续接受3次欧狄沃治疗后，经指定医师评估能够继续从欧狄沃治疗中获益且未发生疾病进展，并经项目办审核通过后，患者即可获得最多一个申请年度内剩余的药品援助。一个申请年度内剩余药品援助的总次数最多不超过18次。

针对接受欧狄沃360mg三周方案治疗的患者，欧狄沃援助方案如下：

第一阶段 (2+2)

经指定医疗机构诊断符合医学标准并经项目办审核通过后的低收入患者，在连续接受2次欧狄沃治疗后，经指定医师评估能够继续从欧狄沃治疗中获益且未发生疾病进展，可获得后续最多2次治疗的免费药品援助。

第二阶段 (2+X)

完成第一阶段的患者，如仍需接受欧狄沃治疗，可在再次连续接受2次欧狄沃治疗后，经指定医师评估能够继续从欧狄沃治疗中获益且未发生疾病进展，并经项目办审核通过后，患者即可获得最多一个申请年度内剩余的药品援助。一个申请年度内剩余药品援助的总次数最多不超过12次。

2) 逸沃的援助方案：

经指定医疗机构诊断符合医学标准并经项目办审核通过后的低收入患者，在接受1次逸沃治疗后，经指定医师评估能够继续从逸沃治疗中获益且未发生疾病进展，可获得后续最多3次治疗的免费药品援助。患者可以循环申请直至出现疾病进展或产生不可接受的毒性，对于没有疾病进展的患者，治疗持续最长至24个月。

◆ 申请条件

医学标准

纳武利尤单抗(欧狄沃)联合伊匹木单抗(逸沃)用于不可手术切除的、初治的非上皮样恶性胸膜间皮瘤成人患者。

附加标准

- ① 持中华人民共和国居民身份证/军官证的大陆成年公民;
- ② 自愿申请加入该援助项目;
- ③ 患者获得援助前接受治疗的欧狄沃®和逸沃®必须为中国大陆销售的产品(发票时间需在2021年10月12日之后,含当日);
- ④ 低收入家庭(家庭直系亲属包括父母、配偶和子女)的患者或确诊为恶性胸膜间皮瘤前已持有“低保证”的贫困患者。

终止标准

如有以下情况之一者援助自动停止

- ① 入组患者在接受欧狄沃、逸沃联合治疗援助期间,经项目指定医师按照RECIST1.1/mRECIST标准评估为疾病进展;
- ② 经项目指定医师确认不耐受欧狄沃或逸沃治疗;
- ③ 入组患者不能遵照项目要求定期随访;
- ④ 项目援助期间,任何原因导致的欧狄沃中断时间累积超过三个月,或逸沃治疗中断时间累积超过三个月并且不主动向项目办公室做任何说明的;
- ⑤ 患者自愿退出欧狄沃或逸沃治疗或生命终止;
- ⑥ 患者法律监护人/亲属要求终止欧狄沃或逸沃治疗;
- ⑦ 患者提供虚假医学或经济证明;
- ⑧ 患者将援助药品出售或转赠其他人;
- ⑨ 患者或其亲属不配合或拒绝接受项目监查及项目相关工作;
- ⑩ 患者因申请或参与此项目而实施违法违规行为。

欧狄沃联合逸沃治疗恶性胸膜间皮瘤可能产生的不良反应

- ① 在伊匹木单抗(逸沃)1 mg/kg联合纳武利尤单抗(欧狄沃)3 mg/kg治疗恶性胸膜间皮瘤(MPM)的数据集中(n = 300, 最短随访时间17.4个月),最常见的不良反应(≥10%)是皮疹(25%)、疲乏(22%)、腹泻(21%)、瘙痒(16%)、甲状腺功能减退(11%)和恶心(10%)。大多数不良反应为轻度至中度(1级或2级)。
- ② 纳武利尤单抗联合伊匹木单抗可引起免疫相关性不良反应,包括免疫相关性结肠炎、免疫相关性肺炎、免疫相关性肝炎、免疫相关性肝脏毒性、免疫相关性皮肤不良反应、免疫相关性肾炎和肾功能障碍、免疫相关性内分泌疾病以及输液反应。应持续进行患者监测(至少至末次给药后5个月),因为不良反应可能在纳武利尤单抗联合伊匹木单抗治疗期间或治疗暂停后的任何时间发生。

◆ 项目办公室特别声明

- ① 本项目为患者援助项目,患者均需自愿参加。患者已充分理解欧狄沃®逸沃®联合治疗可能产生的所有不良反应和风险,并愿意自行承担上述不良反应和风险可能导致的所有后果。中国癌症基金会对患者的病情和治疗不承担任何法律责任和经济责任。
- ② 患者必须如实提交所有材料,凡提交虚假材料或不如实提交所需材料者,将彻底失去援助资格。
- ③ 患者及家属需确保留存的联络方式畅通,以便项目办公室联系患者,如有变更,应及时告知项目办公室。如因患者及家属等自身原因导致援助延误的,后果则由患者自行承担。
- ④ 除项目流程规定的申请资料外,项目办公室有权根据患者具体情况要求递交更多的资料。
- ⑤ 本项目只对能够严格按照项目规定程序申请和领取援助药品的患者提供援助,因个人原因不能按照程序要求申请和领取援助药品的患者,将自行承担因此而产生的后果。
- ⑥ 患者必须本人到项目指定发药点领取援助药品,按时进行医学随访。如有任何违反项目援助规定、干扰项目办公室和指定发药点及指定医师正常工作的情况,将取消援助资格。
- ⑦ 指定医师评估暂停使用欧狄沃、逸沃的患者或因自身原因不能按时领取援助药品的患者,请患者或家属及

时与项目办公室联系说明情况。超过三个月未按时进行医学随访，将视作自动放弃援助资格。

- ⑧ 本项目为患者援助项目，本会工作人员或指定医师不得对患者私自收取任何费用。如发现上述行为，请患者立即举报。如患者或其家属有向上述人员行贿的行为，项目办公室将取消其援助资格。
- ⑨ 中国癌症基金会对患者信息将严格保密，患者的信息将不会用于任何商业用途，仅用于项目管理、执行和审计，以及患者户籍或医保所在地相关政府部门查询；如获悉不良事件，将按照相关法律法规的规定以及项目要求报告该不良事件。
- ⑩ 在配送援助药品过程中，因不可抗力或其他客观原因导致援助药品中断或延误，中国癌症基金会不承担任何责任和义务。
- ⑪ 关于本项目的任何信息均以项目办公室正式发布的信息为准，项目办公室不为误信其他渠道信息产生的任何后果承担责任。如有任何问题，请致电项目咨询热线：400-669-0906。
- ⑫ 未按照上述项目规定执行的患者，将失去援助资格。
- ⑬ 中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目办公室对项目拥有最终解释权。

【作为一位患者，我已阅读上述内容，知晓项目申请条件，并了解欧狄沃联合逸沃治疗可能产生的不良反应，愿意承担所有责任和义务。我愿意加入“欧狄沃患者援助项目”，同意并将严格遵守项目的相关规定，自愿按程序申请。】

患者签字（正楷）：

日 期：

此页由中国癌症基金会保留

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目 患者告知书

为增加中国大陆患者接受欧狄沃®逸沃®联合治疗的可及性，中国癌症基金会在百时美施贵宝公司的大力支持下，开展了“欧狄沃患者援助项目”，设立对欧狄沃联合逸沃治疗的恶性胸膜间皮瘤的患者的援助，旨在减轻广大低收入恶性胸膜间皮瘤患者的经济负担，提高患者生存质量。

◆ 项目截止时间

如果因不可抗力或援助药品发放完毕等原因必须停止援助，我们会提前通过多种渠道告知公众。在项目终止日期前已经获得批准入组的患者，我们将保证这些患者继续获得当次周期的药品援助。

◆ 项目援助对象

符合项目医学标准及经济标准的低收入或贫困恶性胸膜间皮瘤患者。

◆ 项目援助方式

1) 欧狄沃的援助方案：

一个申请年度分为两个申请阶段：

针对接受欧狄沃3mg/kg二周方案治疗的患者，欧狄沃援助方案如下：

第一阶段 (3+3)

经指定医疗机构诊断符合医学标准并经项目办审核通过后的低收入患者，在连续接受3次欧狄沃治疗后，经指定医师评估能够继续从欧狄沃治疗中获益且未发生疾病进展，可获得后续最多3次治疗的免费药品援助。

第二阶段 (3+X)

完成第一阶段的患者，如仍需接受欧狄沃治疗，可在再次连续接受3次欧狄沃治疗后，经指定医师评估能够继续从欧狄沃治疗中获益且未发生疾病进展，并经项目办审核通过后，患者即可获得最多一个申请年度内剩余的药品援助。一个申请年度内剩余药品援助的总次数最多不超过18次。

针对接受欧狄沃360mg三周方案治疗的患者，欧狄沃援助方案如下：

第一阶段 (2+2)

经指定医疗机构诊断符合医学标准并经项目办审核通过后的低收入患者，在连续接受2次欧狄沃治疗后，经指定医师评估能够继续从欧狄沃治疗中获益且未发生疾病进展，可获得后续最多2次治疗的免费药品援助。

第二阶段 (2+X)

完成第一阶段的患者，如仍需接受欧狄沃治疗，可在再次连续接受2次欧狄沃治疗后，经指定医师评估能够继续从欧狄沃治疗中获益且未发生疾病进展，并经项目办审核通过后，患者即可获得最多一个申请年度内剩余的药品援助。一个申请年度内剩余药品援助的总次数最多不超过12次。

2) 逸沃的援助方案：

经指定医疗机构诊断符合医学标准并经项目办审核通过后的低收入患者，在接受1次逸沃治疗后，经指定医师评估能够继续从逸沃治疗中获益且未发生疾病进展，可获得后续最多3次治疗的免费药品援助。患者可以循环申请直至出现疾病进展或产生不可接受的毒性，对于没有疾病进展的患者，治疗持续最长至24个月。

◆ 申请条件

医学标准

纳武利尤单抗(欧狄沃)联合伊匹木单抗(逸沃)用于不可手术切除的、初治的非上皮样恶性胸膜间皮瘤成人患者。

附加标准

- ① 持中华人民共和国居民身份证/军官证的大陆成年公民;
- ② 自愿申请加入该援助项目;
- ③ 患者获得援助前接受治疗的欧狄沃®和逸沃®必须为中国大陆销售的产品(发票时间需在2021年10月12日之后,含当日);
- ④ 低收入家庭(家庭直系亲属包括父母、配偶和子女)的患者或确诊为恶性胸膜间皮瘤前已持有“低保”的贫困患者。

终止标准

如有以下情况之一者援助自动停止

- ① 入组患者在接受欧狄沃、逸沃联合治疗援助期间,经项目指定医师按照RECIST1.1/mRECIST标准评估为疾病进展;
- ② 经项目指定医师确认不耐受欧狄沃或逸沃治疗;
- ③ 入组患者不能遵照项目要求定期随访;
- ④ 项目援助期间,任何原因导致的欧狄沃中断时间累积超过三个月,或逸沃治疗中断时间累积超过三个月并且不主动向项目办公室做任何说明的;
- ⑤ 患者自愿退出欧狄沃或逸沃治疗或生命终止;
- ⑥ 患者法律监护人/亲属要求终止欧狄沃或逸沃治疗;
- ⑦ 患者提供虚假医学或经济证明;
- ⑧ 患者将援助药品出售或转赠其他人;
- ⑨ 患者或其亲属不配合或拒绝接受项目监查及项目相关工作;
- ⑩ 患者因申请或参与此项目而实施违法违规行为。

欧狄沃联合逸沃治疗恶性胸膜间皮瘤可能产生的不良反应

- ① 在伊匹木单抗(逸沃)1 mg/kg联合纳武利尤单抗(欧狄沃)3 mg/kg治疗恶性胸膜间皮瘤(MPM)的数据集中(n = 300,最短随访时间17.4个月),最常见的不良反应(≥10%)是皮疹(25%)、疲乏(22%)、腹泻(21%)、瘙痒(16%)、甲状腺功能减退(11%)和恶心(10%)。大多数不良反应为轻度至中度(1级或2级)。
- ② 纳武利尤单抗联合伊匹木单抗可引起免疫相关性不良反应,包括免疫相关性结肠炎、免疫相关性肺炎、免疫相关性肝炎、免疫相关性肝脏毒性、免疫相关性皮肤不良反应、免疫相关性肾炎和肾功能障碍、免疫相关性内分泌疾病以及输液反应。应持续进行患者监测(至少至末次给药后5个月),因为不良反应可能在纳武利尤单抗联合伊匹木单抗治疗期间或治疗暂停后的任何时间发生。

◆ 项目办公室特别声明

- ① 本项目为患者援助项目,患者均需自愿参加。患者已充分理解欧狄沃®逸沃®联合治疗可能产生的所有不良反应和风险,并愿意自行承担上述不良反应和风险可能导致的所有后果。中国癌症基金会对患者的病情和治疗不承担任何法律责任和经济责任。
- ② 患者必须如实提交所有材料,凡提交虚假材料或不如实提交所需材料者,将彻底失去援助资格。
- ③ 患者及家属需确保留存的联络方式畅通,以便项目办公室联系患者,如有变更,应及时告知项目办公室。如因患者及家属等自身原因导致援助延误的,后果则由患者自行承担。
- ④ 除项目流程规定的申请资料外,项目办公室有权根据患者具体情况要求递交更多的资料。
- ⑤ 本项目只对能够严格按照项目规定程序申请和领取援助药品的患者提供援助,因个人原因不能按照程序要求申请和领取援助药品的患者,将自行承担因此而产生的后果。
- ⑥ 患者必须本人到项目指定发药点领取援助药品,按时进行医学随访。如有任何违反项目援助规定、干扰项目办公室和指定发药点及指定医师正常工作的情况,将取消援助资格。
- ⑦ 指定医师评估暂停使用欧狄沃、逸沃的患者或因自身原因不能按时领取援助药品的患者,请患者或家属及

时与项目办公室联系说明情况。超过三个月未按时进行医学随访，将视作自动放弃援助资格。

- ⑧ 本项目为患者援助项目，本会工作人员或指定医师不得对患者私自收取任何费用。如发现上述行为，请患者立即举报。如患者或其家属有向上述人员行贿的行为，项目办公室将取消其援助资格。
- ⑨ 中国癌症基金会对患者信息将严格保密，患者的信息将不会用于任何商业用途，仅用于项目管理、执行和审计，以及患者户籍或医保所在地相关政府部门查询；如获悉不良事件，将按照相关法律法规的规定以及项目要求报告该不良事件。
- ⑩ 在配送援助药品过程中，因不可抗力或其他客观原因导致援助药品中断或延误，中国癌症基金会不承担任何责任和义务。
- ⑪ 关于本项目的任何信息均以项目办公室正式发布的信息为准，项目办公室不为误信其他渠道信息产生的任何后果承担责任。如有任何问题，请致电项目咨询热线：400-669-0906。
- ⑫ 未按照上述项目规定执行的患者，将失去援助资格。
- ⑬ 中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目办公室对项目拥有最终解释权。

【作为一位患者，我已阅读上述内容，知晓项目申请条件，并了解欧狄沃联合逸沃治疗可能产生的不良反应，愿意承担所有责任和义务。我愿意加入“欧狄沃患者援助项目”，同意并将严格遵守项目的相关规定，自愿按程序申请。】

患者签字（正楷）：

日 期：

此页由患者保留

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目

经济情况表

患者姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____ 婚姻状况 _____

身份证号

患者本人信息	
家庭住址： _____ 省 _____ 市 _____ 联系电话（固话）： _____ 手机： _____ 以下请您填写现或原工作情况（未参加工作者请注明现在的情况） 工作单位名称： _____ 工作时间：自 _____ 年至 _____ 年 在该单位的年收入（近十二个月之内，包括工资及奖金） _____	粘贴患者 近期照片 需工作单位或者 当地政府部门盖 照片骑缝章
证明人职务： _____ 证明人联系电话： _____ 证明人签字： _____ 证明部门盖章： _____ _____ 年 _____ 月 _____ 日	
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欧狄沃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，自愿按照程序申请项目，我愿意承担违反规定后的一切后果。	
填表人签字： _____ 申请人签字： _____ _____ 年 _____ 月 _____ 日	
当地政府部门核准申请人家庭因经济困难，无能力支付欧狄沃药品、逸沃药品费用 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 _____ （当地政府部门公章） 经办人签字： _____ 联系电话（固话）： _____ _____ 年 _____ 月 _____ 日	

备注：

1. 此援助项目为慈善援助，将受到国家有关部门审计，请如实填写。如有不实或隐瞒，将取消援助资格，情节严重将负法律责任。
2. 因患者具体情况不同可能会补充其他证明材料，以项目办具体通知为准。
3. 当地政府部门指：街道办事处、村委会、居委会或乡（镇）级以上政府部门。

*上述表格中所有内容必须字迹清晰填写完整。

患者直系亲属信息 (1)

家属姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 婚姻状况：_____ 亲属关系：_____

联系电话 (固话)：_____ 手机：_____

以下请您填写现或原工作情况 (未参加工作者请注明现在的情况)

工作单位名称：_____

工作单位电话：_____ 职务：_____

工作时间：自_____年至_____年

在该单位的年收入 (近十二个月之内，包括工资及奖金) _____

证明人职务：_____ 证明人联系电话：_____

证明人签字：_____ 证明部门盖章：_____

_____年_____月_____日

患者直系亲属信息 (2)

家属姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 婚姻状况：_____ 亲属关系：_____

联系电话 (固话)：_____ 手机：_____

以下请您填写现或原工作情况 (未参加工作者请注明现在的情况)

工作单位名称：_____

工作单位电话：_____ 职务：_____

工作时间：自_____年至_____年

在该单位的年收入 (近十二个月之内，包括工资及奖金) _____

证明人职务：_____ 证明人联系电话：_____

证明人签字：_____ 证明部门盖章：_____

_____年_____月_____日

备注：

1. 此表格如填写不够，可自行复印。
2. 因患者具体情况不同可能会补充其他证明材料，以项目办具体通知为准。
3. 患者直系亲属如无工作单位，需当地政府部门盖章。
4. 当地政府部门是指：城市街道办事处或农村乡（镇）级以上政府。

* 上述表格中所有内容必须字迹清晰填写完整。

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"/> <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	是否为不可手术切除的、初治的非上皮样恶性胸膜间皮瘤成人患者： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
		确认欧狄沃®(O药)、逸沃®(Y药)联合治疗符合其在中国获批的恶性胸膜间皮瘤适应症及药品说明书： <input type="checkbox"/> 是				
	指定医师意见	同意欧狄沃®(O药)、逸沃®(Y药)继续联合治疗： <input type="checkbox"/> 是，O药_____周_____mg Y药_____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	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □					
	联系地址	_____省_____市			详细地址：_____	邮编	
	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	是否为不可手术切除的、初治的非上皮样恶性胸膜间皮瘤成人患者： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
	确认欧狄沃®（O药）、逸沃®（Y药）联合治疗符合其在中国获批的恶性胸膜间皮瘤适应症及药品说明书： <input type="checkbox"/> 是						
	指定医师意见	同意欧狄沃®（O药）、逸沃®（Y药）继续联合治疗： <input type="checkbox"/> 是，O药_____周_____mg Y药_____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

欧狄沃援助期第一次随访医学评估表

项目 申请 人 填 写	患者入组编码	<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"/>										
	患者姓名					联系电话						
	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"/>										
患者签名: _____												
项目 指定 医 师 填 写	目前完成欧狄沃® (O 药)、逸沃® (Y 药) 联合治疗后疗效评估	依照 RECIST1.1/mRECIST 标准: <input type="checkbox"/> CR/mCR <input type="checkbox"/> PR/mPR <input type="checkbox"/> SD/mSD <input type="checkbox"/> mUPD <input type="checkbox"/> PD/mCPD										
	指定医师意见	同意欧狄沃® (O 药) 继续联合治疗: <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

欧狄沃援助期第一次随访医学评估表

项目 申请 人 填 写	患者入组编码	<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"/>										
	患者姓名					联系电话						
	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"/>										
患者签名: _____												
项目 指定 医 师 填 写	目前完成欧狄沃® (O 药)、逸沃® (Y 药) 联合治疗后疗效评估	依照 RECIST1.1/mRECIST 标准: <input type="checkbox"/> CR/mCR <input type="checkbox"/> PR/mPR <input type="checkbox"/> SD/mSD <input type="checkbox"/> mUPD <input type="checkbox"/> PD/mCPD										
	指定医师意见	同意欧狄沃® (O 药) 继续联合治疗: <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

逸沃援助期第一次随访医学评估表

项目 申请 人 填 写	患者入组编码	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	患者姓名				联系电话			
	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"/>						
							患者签名: _____	
项目 指定 医 师 填 写	目前完成欧狄沃® (O 药)、 逸沃® (Y 药) 联合治疗后 疗效评估	依照 RECIST1.1/mRECIST 标准: <input type="checkbox"/> CR/mCR <input type="checkbox"/> PR/mPR <input type="checkbox"/> SD/mSD <input type="checkbox"/> mUPD <input type="checkbox"/> PD/mCPD						
	指定医师意见	同意逸沃® (Y 药) 继续联合治疗: <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

逸沃援助期第一次随访医学评估表

项目 申请 人 填 写	患者入组编码	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	患者姓名				联系电话			
	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"/>						
							患者签名: _____	
项目 指定 医 师 填 写	目前完成欧狄沃® (O 药)、 逸沃® (Y 药) 联合治疗后 疗效评估	依照 RECIST1.1/mRECIST 标准: <input type="checkbox"/> CR/mCR <input type="checkbox"/> PR/mPR <input type="checkbox"/> SD/mSD <input type="checkbox"/> mUPD <input type="checkbox"/> PD/mCPD						
	指定医师意见	同意逸沃® (Y 药) 继续联合治疗: <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

患者异地转诊申请表

患者姓名：	性别：	年龄：
家庭住址：		
联系电话：	患者编码：	
患者申请	请明确注明转出和转入的就诊医院或指定发药点 签名： 日期：	
转出的指定医师所在医院：		
接诊意见	签字盖章： 日期：	
转出的指定医师所在医院：		
接诊意见	签字盖章： 日期：	
项目办公室审批	项目办公室意见： 办公室主任签字： 签名： 日期：	

* 上述表格中所有内容必须字迹清晰填写完整。

* 入组患者在同一个援助周期内，不接受同城转诊。

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"/> <input type="checkbox"/>				
	联系地址	_____省_____市 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	确认欧狄沃® (O 药)、逸沃® (Y 药) 联合治疗符合其在中国获批的恶性胸膜间皮瘤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		
		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® (O 药)、逸沃® (Y 药) 联合治疗后疗效评估		依照 RECIST1.1/mRECIST 标准: <input type="checkbox"/> CR/mCR <input type="checkbox"/> PR/mPR <input type="checkbox"/> SD/mSD <input type="checkbox"/> mUPD <input type="checkbox"/> PD/mCPD				
指定医师意见		同意欧狄沃® (O 药)、逸沃® (Y 药) 继续联合治疗: <input type="checkbox"/> 是, O 药_____周_____mg Y 药_____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"/> <input type="checkbox"/>				
	联系地址	_____省_____市 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	确认欧狄沃® (O 药)、逸沃® (Y 药) 联合治疗符合其在中国获批的恶性胸膜间皮瘤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		
		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® (O 药)、逸沃® (Y 药) 联合治疗后疗效评估		依照 RECIST1.1/mRECIST 标准: <input type="checkbox"/> CR/mCR <input type="checkbox"/> PR/mPR <input type="checkbox"/> SD/mSD <input type="checkbox"/> mUPD <input type="checkbox"/> PD/mCPD				
指定医师意见		同意欧狄沃® (O 药)、逸沃® (Y 药) 继续联合治疗: <input type="checkbox"/> 是, O 药_____周_____mg Y 药_____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

再次申请经济状况证明

患者姓名：	年龄：	性别：	粘贴患者 近期照片
身份证号：			
家庭住址：			
邮编：	座机：	手机：	
第一联系人姓名：		手机：	
工作情况（未参加工作请注明现在情况）			
工作单位名称：		工作单位电话：	
职务：			
在该单位的年收入（近十二个月之内，包括工资及奖金）：			
再次申请理由陈述			
目前家庭经济状况及房产情况说明			
患者声明： 我在此声明，上述填写信息均属实，并且愿意配合中国癌症基金会就以上信息的审查核实。同时，已完全知晓中国癌症基金会欧狄沃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，自愿按程序申请项目，我愿意承担违反规定后的一切后果。			
患者签字并加按手印：_____ 日期：_____年_____月_____日			



☐ 项目微信公众号：
中国癌症基金会欧狄沃项目

- ☎ 项目热线:400-669-0906
- ☐ 项目网站:www.cfchina.org.cn
- ✉ 邮政信箱:北京100061-10信箱