

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"/>				
	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。