

中国癌症基金会泰圣奇（肝癌）患者援助项目

首次援助申请医学评估表

患者填写	姓名	王五					性别	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女					年龄	60					患者签字	
	身份证/军人证号码	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	王五
	邮寄地址	XX省XX市XX区XX路XX小区XX楼XX单元XX号																	填表日期	
	联系方式1	1XXXXXXXXXX					联系方式2					1XXXXXXXXXX					20XX.XX.XX			
指定医生填写	医学条件评价	患者诊断	<input checked="" type="checkbox"/> 既往未接受过全身系统性治疗的不可切除肝细胞癌 <small>*声明：参照国家卫健委最新版《原发性肝癌诊疗规范》和《CSCO原发性肝癌诊疗指南》，符合病理学和/或临床诊断标准，指定医生确认此患者符合“既往未接受过全身系统性治疗的不可切除肝细胞癌”诊断</small>															指定医生签字		
	泰圣奇开始治疗时间	20XX年X月XX日																		
	PS评分	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4																		
	用药评估	使用泰圣奇®治疗，确认泰圣奇®的使用符合其在中国获批的适应症及药品说明书 <div style="text-align: right;"><input checked="" type="checkbox"/>符合 <input type="checkbox"/>不符合</div> 确认该患者符合医学入组标准 <input checked="" type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 泰圣奇治疗剂量： <u>1200</u> mg；用法： <u>Q3W</u> 若联合使用安维汀时， 安维汀治疗剂量： <u>X00</u> mg；用法： <u>Q3W</u>																	项目专用章	
																		TPAP-CFC		
																		填表日期		
																		20XX.XX.XX		
注：1、作为项目指定医生，特此确认：已审阅该患者过去的病历记录和检查报告并作出本次诊断。 2、项目办公室批准患者的入组申请后，将按照表格中填写的“邮寄地址”向患者邮寄《随访领药手册》。请患者确认“邮寄地址”真实有效，因地址有误造成的后果，由患者自行承担。																				

中国癌症基金会泰圣奇（肝癌）患者援助项目

再次申请医学评估表

患者填写	姓名	王五				性别	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		年龄	60			患者签字
	身份证/军人证号码	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	王五
	联系方式 1	1XXXXXXXXXX				联系方式 2	1XXXXXXXXXX				填表日期	20XX.XX.XX	
指定医生填写	医学条件评价	PS 评分 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 注：星标部分至少选填一项，其余部分如适用可填写。 注：需为近三个月内的最近一次疗效评估的实验室和影像学检查。 ※ <input type="checkbox"/> 腹部 CT（检查时间：____年____月____日） ※ <input checked="" type="checkbox"/> 腹部 MRI（检查时间：2020年 X月 XX日） <input type="checkbox"/> AFP ____ng/ml（检查时间：____年____月____日） <input type="checkbox"/> HBV DNA ____IU/mL（检查时间：____年____月____日） <input type="checkbox"/> Child-Pugh 评分 ____分（检查时间：____年____月____日）											指定医生签字
	患者目前接受过泰圣奇®联合贝伐珠单抗治疗，疗效评估结果如下：	<input checked="" type="checkbox"/> 仍有临床获益 （若影像学显示根据 RECISTv1.1 评估为疾病进展，则请注明临床获益理由：_____） <input type="checkbox"/> 临床获益丧失											李某某
	同意患者继续使用泰圣奇治疗：	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				泰圣奇治疗剂量：1200 mg；				用法：Q3W			项目专用章
	若联合使用安维汀时，	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				安维汀治疗剂量：X00 mg；				用法：Q3W			TPAP-CFC
用药评估	*若出现任何不良事件，请医生按要求填写《不良事件报告表》											填表日期	20XX.XX.XX

注：作为项目指定医生，特此确认：已审阅该患者过去的病历记录和检查报告并作出本次诊断。

中国癌症基金会泰圣奇患者援助项目（肝癌）

第__次随访评估表

患者填写	姓名	王五	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	年龄	60	患者签字 王五	
	身份证/军人证号码	X X X X X X X X X X X X X X X X X X X					填表日期 20XX. XX. XX	
	联系方式 1	1XXXXXXXXXX		联系方式 2	1XXXXXXXXXX			
指定医生填写	PS 评分 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 注：星标部分至少选填一项，其余部分如适用可填写。 注：需为近三个月内的最近一次疗效评估的实验室和影像学检查。 ※ <input type="checkbox"/> 腹部 CT（检查时间：____年____月____日） ※ <input checked="" type="checkbox"/> 腹部 MRI（检查时间：2020年 X月 XX日） <input type="checkbox"/> AFP____ng/ml（检查时间：____年____月____日） <input type="checkbox"/> HBV DNA____IU/mL（检查时间：____年____月____日） <input type="checkbox"/> Child-Pugh 评分____分（检查时间：____年____月____日）							指定医生签字 李某某
	患者目前接受过泰圣奇®联合贝伐珠单抗治疗，疗效评估结果如下： <input checked="" type="checkbox"/> 仍有临床获益 （若影像学显示根据 RECISTv1.1 评估为疾病进展，则请注明临床获益理由：_____） <input type="checkbox"/> 临床获益丧失							项目专用章
	同意患者继续使用泰圣奇治疗： <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 泰圣奇治疗剂量： <u>1200</u> mg； 用法： <u>Q3W</u>							TPAP-CFC 填表日期 20XX. XX. XX
	若联合使用安维汀时， 同意患者继续使用安维汀治疗： <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 安维汀治疗剂量： <u>X00</u> mg； 用法： <u>Q3W</u> *若出现任何不良事件，请医生按要求填写《不良事件报告表》							

注：作为项目指定医生，特此确认：已审阅该患者过去的病历记录和检查报告并作出本次诊断。

中国癌症基金会泰圣奇患者援助项目

冷链同意书

泰圣奇是一种针对程序性死亡配体 1 (PD-L1) 的人源化免疫球蛋白 G1 (IgG1) 单克隆抗体，而抗体的主要成分为蛋白质。温度过高或者过低都会导致蛋白质结构受到损害，从而降低药效，且任何药效损失都是永久性的、不可挽回的。

泰圣奇作为一款冷链产品，需患者在领取援助药品后，及时置于 2-8℃ 条件下避光贮存，请勿冷冻，请勿振摇。请患者在领取援助药品时，自行携带冰包，以确保援助药品的安全性及有效性。

本人已认真阅读上述全部内容，自愿申请领取援助药品，同意并严格遵守项目相关规定。本人已知晓援助药品的保存条件，若未能按照要求保存，本人承诺由此造成的一切后果及损失均由本人自行承担。

患者签字：_____ **张三** _____

签字日期： **20XX** 年 **XX** 月 **XX** 日

泰圣奇援助药品使用记录（肝癌）

患者姓名： 王五 入组编号： F00001

身份证号： 11X10X18XX0502XXXX

用药医院名称： 北京市 XX 医院

用药日期及时间： 2021 年 1 月 1 日 13 时

本次注射泰圣奇剂量： 1200 mg

用药日期及时间： 2021 年 1 月 1 日 13 时

本次注射安维汀剂量： X00 mg

空药瓶及空药盒已经交由医疗机构回收销毁： 是 否

患者签字： 王五

指定医生签字： 李 XX 项目专用章： TPAP-CFC

注意事项：

- 1、本记录表仅供记录援助药品使用情况。
- 2、每次患者完成援助药品注射后，须将此页拍照上传项目微信公众号。
- 3、作为项目指定医生，特此确认：已审阅该患者针对本次援助药品的用药记录。
- 4、作为患者，特此确认：以上填写内容真实，有效。

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	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	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

