

# 中国癌症基金会泰圣奇（转移性非小细胞肺癌）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： <u>1200</u> mg； 用法： <u>Q3W</u>																			
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（转移性非小细胞肺癌）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	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：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																			
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：1200 mg；用法：Q3W																			
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（转移性非小细胞肺癌）患者援助项目 随访评估表

## 第 X 次（样表）

<b>1、患者信息（患者填写）</b>			
姓 名	王五	性 别	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
年 龄	XX	唯一编码	XXXX
<b>2、医学条件评估（医生填写）</b>			
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			
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） _____			
<b>3、用法用量（医生填写）</b>			
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"><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>		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	
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</u> 街道 <u>XX</u> 小区 <u>XX</u> 号楼 <u>XX</u> 单元 <u>XXXX</u> 室																		
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</u> 年 <u>XX</u> 月 <u>XX</u> 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</u> 年 <u>XX</u> 月 <u>XX</u> 日																		
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</u> 年 <u>XX</u> 月 <u>X</u> 日																	

**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

