

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 ____ 次

1、患者信息（患者填写）			
姓 名		性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
年 龄		唯一编码	
2、医学条件评估（医生填写）			
近两个月内最近一次疗效评估的影像学检查			
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）		
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 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 type="checkbox"/> 否			
同意患者继续使用泰圣奇治疗：			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（注明原因）_____			
3、用法用量（医生填写）			
治疗剂量：_____mg； 用法：_____			
指定医生/授权医生签字：_____ 盖章（项目专用章）：			
日期：____年____月____日			