

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

1、患者信息（患者填写）													
姓	名						性 别	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	年 龄			
身份证/军官证号码													
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 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													
3、医生意见（医生填写）													
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) _____													
4、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）					
本次就诊和填表日期		年		月		日							