

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目

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"/>						
	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"/>						
患者签名: _____								
项目 指定 医 师 填 写	目前完成欧狄沃 治疗后疗效评估	依照 RECIST1.1/iRECIST 标准: <input type="checkbox"/> CR/iCR <input type="checkbox"/> PR/iPR <input type="checkbox"/> SD/iSD <input type="checkbox"/> iUPD <input type="checkbox"/> PD/iCPD						
	指定医师意见	同意欧狄沃继续治疗: <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

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"/>							
	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 治疗后疗效评估	依照 RECIST1.1/iRECIST 标准: <input type="checkbox"/> CR/iCR <input type="checkbox"/> PR/iPR <input type="checkbox"/> SD/iSD <input type="checkbox"/> iUPD <input type="checkbox"/> PD/iCPD							
	指定医师意见	同意欧狄沃继续治疗: <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。