

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目

第一阶段申请医学评估表

项目 申请人 填写	患者姓名		年龄		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	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"/> <input type="checkbox"/>				
	联系地址	_____省_____市 详细地址：_____				
	第一联系人		电话		关系	
	第二联系人		电话		关系	
	项目指定医院					
患者签名：_____						
项目 指定 医师 填写	疾病诊断	<ul style="list-style-type: none"> • 纳武利尤单抗可用于经新辅助放化疗(CRT) 及完全手术切除后仍有病理学残留的食管癌或胃食管连接部癌患者的辅助治疗 <input type="checkbox"/> 是 • 纳武利尤单抗联合含氟嘧啶类和铂类化疗用于晚期或转移性食管鳞癌患者的一线治疗。 <input type="checkbox"/> 是 				
	使用欧狄沃治疗，确认欧狄沃的使用符合其在中国获批的适应症及药品说明书： <input type="checkbox"/> 是					
	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

第一阶段申请医学评估表

项目 申请人 填写	患者姓名		年龄		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	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"/> <input type="checkbox"/>				
	联系地址	_____省_____市 详细地址：_____				
	第一联系人		电话		关系	
	第二联系人		电话		关系	
	项目指定医院					
患者签名：_____						
项目 指定 医师 填写	疾病诊断	<ul style="list-style-type: none"> • 纳武利尤单抗可用于经新辅助放化疗(CRT) 及完全手术切除后仍有病理学残留的食管癌或胃食管连接部癌患者的辅助治疗 <input type="checkbox"/> 是 • 纳武利尤单抗联合含氟嘧啶类和铂类化疗用于晚期或转移性食管鳞癌患者的一线治疗。 <input type="checkbox"/> 是 				
	使用欧狄沃治疗，确认欧狄沃的使用符合其在中国获批的适应症及药品说明书： <input type="checkbox"/> 是					
	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。