

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目

第二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="text"/>					
	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	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						
	影像学检查 (胸部 CT 及 腹部 CT 两项 均需提供, 如 有转移请提供 转移灶的影像 学检查报告)	胸部 CT:	检查时间: _____年_____月_____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小_____			<input type="checkbox"/> 不可测量病灶
		腹部 CT:	检查时间: _____年_____月_____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小_____			<input type="checkbox"/> 不可测量病灶
		颈部 CT:	检查时间: _____年_____月_____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小_____			<input type="checkbox"/> 不可测量病灶
		颈部 / 腹部 超声:	检查时间: _____年_____月_____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶, 肿瘤大小_____			<input type="checkbox"/> 不可测量病灶
		内镜检查:	检查时间: _____年_____月_____日	<input type="checkbox"/> 内镜诊断 _____			
	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

第二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"/> <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	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						
	影像学检查 (胸部 CT 及腹部 CT 两项均需提供，如有转移请提供转移灶的影像学检查报告)	胸部 CT:	检查时间：_____年_____月_____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____			<input type="checkbox"/> 不可测量病灶
		腹部 CT:	检查时间：_____年_____月_____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____			<input type="checkbox"/> 不可测量病灶
		颈部 CT:	检查时间：_____年_____月_____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____			<input type="checkbox"/> 不可测量病灶
		颈部 / 腹部超声:	检查时间：_____年_____月_____日	<input type="checkbox"/> 可测量病灶，肿瘤大小_____			<input type="checkbox"/> 不可测量病灶
		内镜检查:	检查时间：_____年_____月_____日	<input type="checkbox"/> 内镜诊断 _____			
	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。