

## 附表三

# 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	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □				
	第一联系人		电话		关系	
	第二联系人		电话		关系	
	项目指定医院					
患者签字：_____						
项目 指定 医生 填写	患者疾病诊断： 是否为不可手术切除的、初治的非上皮样恶性胸膜间皮瘤成人患者： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
	指定医生意见	已审阅并认可患者所提交的医学材料做出本次诊断： <input type="checkbox"/> 是				
		确认欧狄沃（O药）治疗符合其在中国获批的适应症及药品说明书，并确认该患者从欧狄沃治疗中获益，同意欧狄沃（O药）继续治疗：  O药_____周_____mg				
指定医生或 授权医生签名：_____			指定医生 项目专用章：_____日期：_____			

\*备注：请患者和指定医生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。