

附表六

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	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □				
	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	影像学检查 (胸部CT或 PET-CT必填 一项)	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		
		PET-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		
		骨扫描 (如适用):	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		
	其他 (如适用):	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			
	目前完成欧狄沃 (O药) 治疗后 疗效评估	依照 RECIST1.1/mRECIST 标准： <input type="checkbox"/> CR/mCR <input type="checkbox"/> PR/mPR <input type="checkbox"/> SD/mSD <input type="checkbox"/> mUPD <input type="checkbox"/> PD/mCPD				
	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。