中国癌症基金会 Cancer Foundation of China

中国癌症基金会泰立珂患者援助项目
首次医学条件确认表（低保患者）

申请人（患者）填写			
申请人姓名		联系电话	
身份证号码		体重（kg）	
指定医院		指定医生	
指定医生填写			
患者诊断	☐ 本品单药适用于既往至少接受过三线治疗（包括一种蛋白酶体抑制剂、一种免疫调节剂和一种抗CD38单克隆抗体）的复发或难治性多发性骨髓瘤成人患者。		
首次确诊多发性骨髓瘤日期	_____年_____月_____日		
泰立珂用药计划	☐ 递增剂量： 第1次用药：_____mg 计划使用日期：_____ 第2次用药：_____mg 计划使用日期：_____ ☐ 治疗剂量: 用 药：_____mg 计划使用日期：_____		
指定医生意见			
该患者符合国家药品监督管理局批准的特立妥单抗注射液(泰立珂)适应症(即：本品单药适用于既往至少接受过三线治疗（包括一种蛋白酶体抑制剂、一种免疫调节剂和一种抗CD38单克隆抗体）的复发或难治性多发性骨髓瘤成人患者的治疗，建议使用泰立珂。 指定医生签字：_____ 指定医生项目专用章：_____ 填 表 日 期：_____			

备注：

1、作为泰立珂项目指定医生，特此确认：已审阅该患者既往病历，按照2016年IMWG疗效评估标准做出本次疗效和疾病状态评估。

2、填写说明：以上信息均为必填项，请申请人配合项目医生完整填写此表，避免因填写原因（漏填、错填、涂改）造成此表格作废。