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

后续医学条件确认表

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。		
泰立珂用药日期	☐ 治疗剂量:　用　药：_____mg　使用日期：_____ ☐ 治疗剂量:　用　药：_____mg　使用日期：_____		
使用泰立珂（特立妥单抗注射液)治疗是否有不可耐受的毒副反应： ☐无 ☐有_____			
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,可继续使用。 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。			