

中国癌症基金会泰立珂患者援助项目 医学随访表（低保患者）

申请人（患者）填写			
患者姓名		入组编码	
联系电话		体重（kg）	
指定医院		指定医生	
指定医生填写			
患者诊断	<input type="checkbox"/> 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。		
疗效和疾病状态评估	<input type="checkbox"/> sCR <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> VGPR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD		
疗效评估时间	年 月 日 （在患者首次用药后第一个月以及后续用药每三个月进行一次评估）		
<p>作为特立妥单抗注射液（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。</p>			
<p>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：</p> <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有_____			
<p>该患者符合本项目医学条件，建议使用特立妥单抗注射液（泰立珂）治疗。</p> <p>本次申请援助药品治疗2次，每次治疗剂量：_____mg</p> <p>计划用药周期： <input type="checkbox"/> 每周一次 <input type="checkbox"/> 每两周一次 <input type="checkbox"/> 其他_____</p> <p>指定医生签字： _____ 指定医生项目专用章： _____</p> <p>填 表 日 期： _____</p>			
<p>备注：</p> <p>1、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。</p> <p>2、需提供上一疗程使用援助药品的项目专用《援助药品使用记录单》，表格需完整填写同时项目指定医生签字并加盖项目指定医生专用章。</p>			