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（低保患者）

<table>
<tr><td colspan="4">申请人（患者）填写</td></tr>
<tr><td>申请人姓名</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>身份证号码</td><td></td><td>体重（kg）</td><td></td></tr>
<tr><td>指定医院</td><td></td><td>指定医生</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">指定医生填写</td></tr>
<tr><td>患者诊断</td><td colspan="3">☐ 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。</td></tr>
<tr><td>后续2次
泰立珂用药计划</td><td colspan="3">每次治疗剂量：_____ mg

计划用药周期： ☐ 每周一次 ☐ 每两周一次 ☐ 其他_____</td></tr>
<tr><td colspan="4">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_____</td></tr>
<tr><td colspan="4">指定医生意见</td></tr>
<tr><td colspan="4">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：_____</td></tr>
<tr><td colspan="4">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。</td></tr>
</table>