

# 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 (腹部/盆腔至少提供一个部位影像检查报告)	腹部 (CT/MRI/PET) :	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		
		盆腔 (CT/MRI/PET) :	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		
		腹盆部B超：	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			
	目前完成欧狄沃治疗后疗效评估	依照 RECIST1.1/iRECIST 标准： <input type="checkbox"/> CR/iCR <input type="checkbox"/> PR/iPR <input type="checkbox"/> SD/iSD <input type="checkbox"/> iUPD <input type="checkbox"/> PD/iCPD				
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					
	使用欧狄沃治疗，确认欧狄沃的使用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，同意欧狄沃继续治疗：_____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。