

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目

第一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	患者疾病诊断	根据患者情况做出判断（勾选）： <input type="checkbox"/> 微卫星高度不稳定性（MSI-H） <input type="checkbox"/> 错配修复缺陷（dMMR）					
		根据患者情况做出判断（勾选）： <input type="checkbox"/> 不可切除 <input type="checkbox"/> 转移性疾病 转移部位：_____					
		<input type="checkbox"/> 诊断为不可切除或转移性微卫星高度不稳定性（MSI-H）或错配修复缺陷（dMMR） 结直肠癌（CRC）一线治疗的患者。					
	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。