

中华慈善总会特罗凯慈善援助项目

后续援助申请评估表

患者姓名 _____ 年龄 _____ 电话 _____

身份证号码

联系人地址 _____ 省 _____ 市 _____ 邮编 _____

本月特罗凯治疗情况

治疗医院 _____

服用特罗凯后病灶:

- 肺部 (检查时间 年 月 日) 可测量病灶, 肿瘤大小 _____
 不可测量病灶
- 脑部 (检查时间 年 月 日) 可测量病灶, 肿瘤大小 _____
 不可测量病灶
- 骨 (检查时间 年 月 日) 可测量病灶, 肿瘤大小 _____
 不可测量病灶
- 其他部位 _____ (检查时间 年 月 日) 可测量病灶, 肿瘤大小 _____
 不可测量病灶

影像学疗效评估: CR PR SD PD

体力状况(PS)评分: 0分 1分 2分 3分 4分

不可耐受的毒副反应 (本栏如未勾选, 本评估表无效): 有 无

* 患者如发生任何不良事件, 请医生按要求填写背面的《不良事件报告表》, 并与项目其它申请资料一起提交。

患者如有不可耐受的毒副反应, 援助自动终止。

目前治疗

特罗凯继续治疗: 是 否

用法用量: _____ mg _____ 天 _____ 次

_____ 省 _____ 市 _____ 医院 医务志愿者签名 _____ 日期 _____
患者签名 _____ 日期 _____

项目办公室特别声明:

1. 本项目为慈善项目, 患者均需自愿参加。中华慈善总会对患者的病情和治疗不承担责任和义务。
2. 中华慈善总会对患者信息将严格保密, 患者的个人信息将不会用于任何商业用途, 仅用于项目的管理, 执行和审计; 如获悉不良事件, 有关药品不良事件的相关信息将交由药品捐赠方按照相关法规规定报告给法规机构。
3. 关于本项目的任何信息均以我办正式发布的信息为准, 我办不为误信其它渠道信息产生的任何后果承担责任。
如有任何问题, 请致电咨询: 4008808780。

* 此表格必须填写完整