

# 中华慈善总会特罗凯慈善援助项目 首次援助申请评估表

患者姓名：\_\_\_\_\_ 年龄：\_\_\_\_\_ 电话：\_\_\_\_\_

身份证号码：□□□□□□□□□□□□□□□□ 性别：男□ 女□

联系地址：\_\_\_\_\_ 省 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 邮编：\_\_\_\_\_

首次疾病诊断：\_\_\_\_\_ 肿瘤分期：\_\_\_\_\_

是否手术：是□ 否□ 手术时间：\_\_\_\_\_

EGFR基因具有敏感突变：是□ 否□ 未检测□

从诊断至服用特罗凯之前共接受过几个化疗方案的治疗（如二线治疗适用）：\_\_\_\_\_

上一次治疗时间：\_\_\_\_\_ 治疗医院：\_\_\_\_\_

治疗使用方案（包括具体药物）：\_\_\_\_\_

化疗周期数：\_\_\_\_\_ 起始时间：\_\_\_\_\_ 终止时间：\_\_\_\_\_

使用特罗凯治疗，确认特罗凯的使用符合其在中国获批的适应症及药品说明书：是□ 否□

治疗医院：\_\_\_\_\_

开始时间：\_\_\_\_\_ 用法和剂量：\_\_\_\_\_

## 首次服用特罗凯前的病灶：

□ 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

## 服用特罗凯三个月后的病灶：

□ 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

特罗凯治疗三个月后影像学疗效评估：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 \_\_\_\_\_

\* 此表格必须填写完整