



低保患者-医学条件确认表

(*用于低保恶性胸膜间皮瘤患者首次援助申请时提交)

申请人填写							
姓 名		性 别	☐ 男 ☐ 女	年 龄		联系电话	
身份证号							
医保所在地	省	市	是否享受医保：	☐ 是 ☐ 否	是否全额报销	☐ 是 ☐ 否	
医保类型	☐ 城镇职工医疗保险 ☐ 城镇居民医疗保险 ☐ 公费医疗保险 ☐ 农村合作医疗保险 ☐ 其它						
项目医院				项目医生			
项目医生填写							
病史与诊断	疾病诊断				疾病确诊时间		
	肿瘤分期		☐ III ☐ IV				
	非 IV 期患者填写		当前状态是否适合根治性手术？		☐ 是, ☐ 否, 原因 _____		
治疗情况	PS评分_____分 一般情况是否适合化疗 ☐ 是 ☐ 否						
	如已使用或即将使用力比泰® (注射用培美曲塞二钠), 请填写：						
	当前化疗属于	☐ 一线		化疗方案	☐ 力比泰®(注射用培美曲塞二钠) + 顺铂		
	已使用力比泰®(注射用培美曲塞二钠) 患者填写本栏		已进行_____周期, 末次化疗日期：_____ 末次用药剂量_____ mg/周期				
检查报告单	疾病分期		病理报告		检查时间		
			可评估病灶的影像学报告 (CT或MR)		检查时间		
	疗效评估 (如使用力比泰® (注射用培美曲塞二钠) 治疗2个周期或以上的患者填写)		可评估病灶的影像学报告 (CT或MR)		检查时间		
			☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD		评估时间		
	注：疗效评估报告检查时间需在提交申请日期前一个月内, 须项目医生签字并盖项目专用章。						
不可耐受的毒副反应： ☐ 无, ☐ 有, 如有, 请描述：_____ (如已使用力比泰® (注射用培美曲塞二钠) 治疗, 必须填写本栏, 本栏如未勾选, 本评估表无效)							
医生处方意见：							
申请力比泰® (注射用培美曲塞二钠) 用于		☐ 一线		化疗方案	☐ 力比泰® (注射用培美曲塞二钠) + 顺铂		
力比泰® (注射用培美曲塞二钠) 用药总剂量		_____ mg/周期 体表面积：_____ m ²					
提示：治疗期间允许力比泰®剂量调整, 最低剂量为250mg/ m ² 。 项目医生签字： 项目医生盖章： 填 表 日 期：							
备注：1. 严格遵守：同线治疗期间, 每个治疗周期间隔时间不得超过8周；维持治疗开始时间必须在末次诱导化疗结束日期之后12周以内。 2. 附上相应报告单原件或加盖医院章的复印件, 请申请人配合项目医生完整填写此表, 避免因填写原因 (缺填、漏填、错填等) 造成此表格作废。							

