

## 低收入患者-医学条件确认表

(\*用于低收入恶性胸膜间皮瘤患者首次援助申请时提交)

<b>申请人填写</b>				
姓名		本人联系电话		家属联系电话
身份证号				
项目医院		项目医生		
<b>项目医生填写</b>				
<b>病史与诊断</b>	疾病诊断		疾病确诊时间	
	肿瘤分期	<input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV		
	非 IV 期患者填写	当前状态是否适合根治性手术?	<input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否, 原因 _____	
<b>治疗情况</b>	PS评分_____分	一般情况是否适合化疗 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	当前化疗属于	<input type="checkbox"/> 一线	化疗方案	<input type="checkbox"/> 力比泰® (注射用培美曲塞二钠) +顺铂
	已进行_____ 周期, 末次化疗日期: _____ 末次用药剂量_____ mg/周期			
<b>检查报告单</b>	病理报告		检查时间	
	疾病分期	可评估病灶的影像学报告 (CT或 MR)	检查时间	
	疗效评估	可评估病灶的影像学报告 (CT或 MR)	检查时间	
		<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> 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。				
使用力比泰® (注射用培美曲塞二钠) 治疗是否有不可耐受的毒副反应: <input type="checkbox"/> 无, <input type="checkbox"/> 有, 如有, 请描述: _____ (本栏如未勾选, 本评估表无效)				
<b>医生处方意见:</b>				
申请力比泰®用于	<input type="checkbox"/> 一线	化疗方案	<input type="checkbox"/> 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 <sup>2</sup>		
提示: 治疗期间允许力比泰®剂量调整, 最低剂量为250mg/ m <sup>2</sup> 。				
			项目医生签字:	
			项目医生盖章:	
			填表日期:	
<b>备注:</b>				
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。				
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。				