

第 次医学信息随访表

(*用于恶性胸膜间皮瘤患者随访使用)

申请人填写							
姓名		患者编号		联系电话		家属联系电话	
项目医院				项目医生			
项目医生填写							
治疗情况	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						
	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)							
医生处方意见							
是否变更前次用药方案: 同前次用药方案 (无需填写下栏) 调整用药方案 (请填写下栏)							
申请力比泰® (注射用培美曲塞二钠) 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 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。							