



附表六

第 次医学信息随访表

申请人填写							
姓 名		患者编号		本人联系电话		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 <input type="checkbox"/> 维持 <input type="checkbox"/> 二线		化疗方案	<input type="checkbox"/> 力比泰®（注射用培美曲塞二钠）+顺铂/卡铂 <input type="checkbox"/> 力比泰®（注射用培美曲塞二钠）单药		
	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： <input type="checkbox"/> 同前次用药方案（无需填写下栏） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 维持 <input type="checkbox"/> 二线		化疗方案	<input type="checkbox"/> 力比泰®（注射用培美曲塞二钠）+顺铂 <input type="checkbox"/> 力比泰®（注射用培美曲塞二钠）单药			
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®（注射用培美曲塞二钠）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. 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。							

备注：

完成2个治疗周期后，本单原件联同前2次《援助药品领取记录》一同寄回项目办。

