

附表四

SMJL-DSR-3.0

低收入患者-医学条件确认表

(*低收入患者首次援助申请时提交)

申请人填写				
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	
项目医生填写				
病史与诊断	疾病诊断			疾病确诊时间
	肿瘤病理类型	<input type="checkbox"/> 鳞癌 <input type="checkbox"/> 非鳞癌		肿瘤分期
	非 IV 期患者填写	1.当前状态是否适合手术？		<input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否, 原因_____
		2.当前状态是否适合根治性放疗？		<input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否, 原因_____
治疗情况	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 <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			
检查报告单			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)				
医生处方意见:				
申请力比泰®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/卡铂 <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®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。				