



附件三

低保患者-医学条件确认表

(*低保患者首次援助申请时提交)

申请人填写						
姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄		联系电话
身份证号	□□□□□□□□□□□□□□□□					
医保所属地	_____省_____市	是否享受医保：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否全额报销	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
医保类型	<input type="checkbox"/> 城镇职工医疗保险 <input type="checkbox"/> 城镇居民医疗保险 <input type="checkbox"/> 公费医疗保险 <input type="checkbox"/> 农村合作医疗保险 <input type="checkbox"/> 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		
	肿瘤病理类型			肿瘤分期	<input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV	
	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	一般情况是否适合化疗 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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	<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	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(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		
		<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。						
不可耐受的毒副反应: <input type="checkbox"/> 无, <input type="checkbox"/> 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	<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®(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。						

