

中国初级卫生保健基金会

生命接力-肺癌患者援助项目



[患者领药及随访手册]

患者姓名：_____

患者编码：_____



领药记录

[illegible]

生命接力——肺癌患者援助项目 入组通知书

_____患者：

您好！首先代表中国初级卫生保健基金会“生命接力-肺癌患者援助项目”办公室对您表示深切地关心和问候！

您已通过我们的审核，请您凭本通知及随邮发放的患者领药证到项目指定医生处开具项目专用处方，然后根据项目办的电话及短信通知，至项目指定发药点（药房）领取援助药品。

领取援助药品需遵守项目流程，请您和直系亲属仔细阅读以下注意事项：

1. 患者本人（或直系亲属）到指定发药点（药房）领取援助药品。
2. 根据项目通知领药地点和时间，携带本人身份证（若非本人，需额外携带代领人身份证与代领委托书）、项目处方及患者领药证前往药房领取药品。
3. 非首次领取援助药品的患者，在每次领药时必须带好前一周期援助药品用药记录，用药记录（医嘱单或注射单）需项目医生签字盖章。
4. 患者领取援助药品时需配合项目药师填写《援助药品领取记录》。
（部分地区应项目医院要求，患者完成领药手续后，援助药品将直接配送至项目医院，患者至医院进行签收）
5. 患者每完成2个周期的治疗后需至项目医生处随访，由项目医生填写《医学信息随访表》并签字盖章。
6. 患者后续申请时需将《医学信息随访表》、影像学报告（项目医生签字盖章）和前2次《援助药品领取记录》寄回项目办公室审批。
7. 建议您领取慈善赠药后，当天前往医院进行注射。

如不能按上述要求领取援助药品的患者，项目办将视为患者自动退组，不能继续领取后续援助药品，敬请知晓，谢谢！

中国初级卫生保健基金会
生命绿洲患者援助公益基金
生命接力-肺癌患者援助项目办公室
2014年11月



患者基本信息：

患者姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____

身份证号：□□□□□□□□□□□□□□□□

家庭地址：_____ 省 _____ 市 _____

联系电话：_____

有效期限：_____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者编号：_____

项目医院：_____；

项目医生：_____；

项目药房：_____；

药房地址：_____；

发证单位 _____；

照
片

项目办公室盖章



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 ☐ 是 ☐ 否						
	当前化疗属于	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 力比泰®（注射用培美曲塞二钠）+顺铂/卡铂 ☐ 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		
		☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ 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： ☐ 无， ☐ 有，如有，请描述：_____（本栏如未勾选，本评估表无效）							
医生处方意见：							
是否变更下次用药方案： ☐ 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	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 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）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。





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 ☐ 是 ☐ 否						
	当前化疗属于	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 力比泰®（注射用培美曲塞二钠）+顺铂/卡铂 ☐ 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		
		☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ 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： ☐ 无， ☐ 有，如有，请描述：_____（本栏如未勾选，本评估表无效）							
医生处方意见：							
是否变更下次用药方案： ☐ 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	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 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）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。





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 ☐ 是 ☐ 否						
	当前化疗属于	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 力比泰®（注射用培美曲塞二钠）+顺铂/卡铂 ☐ 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		
		☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ 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： ☐ 无， ☐ 有，如有，请描述：_____（本栏如未勾选，本评估表无效）							
医生处方意见：							
是否变更下次用药方案： ☐ 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	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 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）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。

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	
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 ☐ 是 ☐ 否				
	当前化疗属于	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 力比泰®（注射用培美曲塞二钠）+顺铂/卡铂 ☐ 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	
		☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ 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： ☐ 无， ☐ 有，如有，请描述：_____（本栏如未勾选，本评估表无效）					
医生处方意见：					
是否变更下次用药方案： ☐ 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	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 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）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。

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		
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 ☐ 是 ☐ 否					
	当前化疗属于	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 力比泰®（注射用培美曲塞二钠）+顺铂/卡铂 ☐ 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	
		☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ 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： ☐ 无， ☐ 有，如有，请描述：_____（本栏如未勾选，本评估表无效）						
医生处方意见：						
是否变更下次用药方案： ☐ 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	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 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）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。



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 ☐ 是 ☐ 否						
	当前化疗属于	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 力比泰®（注射用培美曲塞二钠）+顺铂/卡铂 ☐ 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		
		☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ 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： ☐ 无， ☐ 有，如有，请描述：_____（本栏如未勾选，本评估表无效）							
医生处方意见：							
是否变更下次用药方案： ☐ 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	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 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）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。

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		
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 ☐ 是 ☐ 否					
	当前化疗属于	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 力比泰®（注射用培美曲塞二钠）+顺铂/卡铂 ☐ 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	
		☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ 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： ☐ 无， ☐ 有，如有，请描述：_____（本栏如未勾选，本评估表无效）						
医生处方意见：						
是否变更下次用药方案： ☐ 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	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 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）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。

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 ☐ 是 ☐ 否						
	当前化疗属于	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 力比泰®（注射用培美曲塞二钠）+顺铂/卡铂 ☐ 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		
		☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ 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： ☐ 无， ☐ 有，如有，请描述：_____（本栏如未勾选，本评估表无效）							
医生处方意见：							
是否变更下次用药方案： ☐ 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	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 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）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。

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 ☐ 是 ☐ 否						
	当前化疗属于	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 力比泰®（注射用培美曲塞二钠）+顺铂/卡铂 ☐ 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		
		☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ 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： ☐ 无， ☐ 有，如有，请描述：_____（本栏如未勾选，本评估表无效）							
医生处方意见：							
是否变更下次用药方案： ☐ 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	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 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）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。

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		
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 ☐ 是 ☐ 否					
	当前化疗属于	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 力比泰®（注射用培美曲塞二钠）+顺铂/卡铂 ☐ 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	
		☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ 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： ☐ 无， ☐ 有，如有，请描述：_____（本栏如未勾选，本评估表无效）						
医生处方意见：						
是否变更下次用药方案： ☐ 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	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 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）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。



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 ☐ 是 ☐ 否						
	当前化疗属于	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 力比泰®（注射用培美曲塞二钠）+顺铂/卡铂 ☐ 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		
		☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ 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： ☐ 无， ☐ 有，如有，请描述：_____（本栏如未勾选，本评估表无效）							
医生处方意见：							
是否变更下次用药方案： ☐ 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	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 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）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。





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 ☐ 是 ☐ 否						
	当前化疗属于	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 力比泰®（注射用培美曲塞二钠）+顺铂/卡铂 ☐ 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		
		☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ 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： ☐ 无， ☐ 有，如有，请描述：_____（本栏如未勾选，本评估表无效）							
医生处方意见：							
是否变更下次用药方案： ☐ 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	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 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）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。





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 ☐ 是 ☐ 否						
	当前化疗属于	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 力比泰®（注射用培美曲塞二钠）+顺铂/卡铂 ☐ 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		
		☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ 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： ☐ 无， ☐ 有，如有，请描述：_____（本栏如未勾选，本评估表无效）							
医生处方意见：							
是否变更下次用药方案： ☐ 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	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 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）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。

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		
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 ☐ 是 ☐ 否					
	当前化疗属于	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 力比泰® (注射用培美曲塞二钠) + 顺铂/卡铂 ☐ 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	
		☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ 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: ☐ 无, ☐ 有, 如有, 请描述: _____ (本栏如未勾选, 本评估表无效)						
医生处方意见:						
是否变更下次用药方案: ☐ 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	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 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) 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。

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 ☐ 是 ☐ 否						
	当前化疗属于	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 力比泰®（注射用培美曲塞二钠）+顺铂/卡铂 ☐ 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		
		☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ 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： ☐ 无， ☐ 有，如有，请描述：_____（本栏如未勾选，本评估表无效）							
医生处方意见：							
是否变更下次用药方案： ☐ 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	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 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）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。



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 ☐ 是 ☐ 否						
	当前化疗属于	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 力比泰®（注射用培美曲塞二钠）+顺铂/卡铂 ☐ 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		
		☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ 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： ☐ 无， ☐ 有，如有，请描述：_____（本栏如未勾选，本评估表无效）							
医生处方意见：							
是否变更下次用药方案： ☐ 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	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 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）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。

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 ☐ 是 ☐ 否						
	当前化疗属于	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 力比泰®（注射用培美曲塞二钠）+顺铂/卡铂 ☐ 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		
		☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ 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： ☐ 无， ☐ 有，如有，请描述：_____ （本栏如未勾选，本评估表无效）							
医生处方意见：							
是否变更下次用药方案： ☐ 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	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 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）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。

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		
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 ☐ 是 ☐ 否					
	当前化疗属于	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 力比泰®（注射用培美曲塞二钠）+顺铂/卡铂 ☐ 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	
		☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ 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： ☐ 无， ☐ 有，如有，请描述：_____（本栏如未勾选，本评估表无效）						
医生处方意见：						
是否变更下次用药方案： ☐ 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	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 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）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。

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 ☐ 是 ☐ 否						
	当前化疗属于	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 力比泰®（注射用培美曲塞二钠）+顺铂/卡铂 ☐ 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		
		☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ 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： ☐ 无， ☐ 有，如有，请描述：_____（本栏如未勾选，本评估表无效）							
医生处方意见：							
是否变更下次用药方案： ☐ 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	☐ 一线 ☐ 维持 ☐ 二线		化疗方案	☐ 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）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。