

中国初级卫生保健基金会 生命绿洲患者援助公益基金
生命之钥 – 肿瘤免疫治疗患者援助项目
医学条件确认表

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	恶性黑色素瘤 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	疾病确诊时间	
	肿瘤分期	III (<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 不确定		
	非IV期患者填写	当前状态是否适合根治性治疗	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, 原因 _____	
治疗情况	一般情况是否适合免疫治疗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	当前治疗属于二线或以上 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	帕博利珠单抗注射液治疗已进行 ____ 周期, 末次治疗日期: _____ 末次用药剂量 ____mg/周期			
检查报告单	疗效评估	可评估病灶的影像学报告 (建议前后一致)	检查时间	
		<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD		
	注: 疗效评估报告检查时间需在患者用药后最近一次, 需项目医生签字并盖项目章			
使用帕博利珠单抗注射液治疗是否有不可耐受的毒副作用: <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				
是否符合帕博利珠单抗注射液适应症		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合		
帕博利珠单抗注射液用药剂量		_____mg/周期 体重: _____kg		
提示: 治疗期间根据个体患者的安全性和耐受性, 允许暂停给药, 不建议增加或减少帕博利珠单抗注射液剂量。				
			项目医生签字: 项目医生盖章: 填 表 日 期:	
备注: 1. 严格遵守: 治疗期间, 每个治疗周期间隔时间不得超过12周 2. 附上相应报告单 (需项目医生签字并盖项目章), 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。				