

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
第 次医学随访表

申请人填写				
姓 名		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	一般情况是否适合免疫治疗? <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			
	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之后申请项目之前, 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				
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。				