

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

肺癌 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	治疗方案: <input type="checkbox"/> 帕博利珠单抗+铂类+培美曲塞 <input type="checkbox"/> 帕博利珠单抗单药 <input type="checkbox"/> 帕博利珠单抗+卡铂+紫杉醇			
	疗效评估	可评估病灶的影像学片子及报告 (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 (是否临床获益 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 )			
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, 请描述发生时间及治疗转归: _____ (本栏如未勾选, 本评估表无效)				
医生处方意见				
是否使用帕博利珠单抗注射液继续获益	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
帕博利珠单抗注射液本次用药剂量	_____mg			
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. 附上相应报告单或其他证明材料复印件 (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。				