

生命之钥 – 肿瘤免疫治疗患者援助项目
头颈鳞癌 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
项目医院				项目医生
项目医生填写				
病史与诊断	疾病诊断	<input type="checkbox"/> 头颈鳞癌 <input type="checkbox"/> 其他头颈癌		疾病确诊时间
	肿瘤分期	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV		
	PD-L1状态	<input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 阳性 (CPS≥20)		
治疗情况	一般情况是否适合免疫治疗?		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	是否正在接受帕博利珠单抗治疗?		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
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/周期		
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。				