

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	疗效评估	可评估病灶的影像学片子及报告 (建议前后一致)		
		<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。				