



# 中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目 患者随访表

(泰瑞沙一线适应症)

(2021 年 6月版)

|                           |                                                                                                                 |                     |  |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--|
| 所在医院                      |                                                                                                                 | 填表医生                |  |
| 患者姓名                      |                                                                                                                 | 档案号                 |  |
| 身份证号                      |                                                                                                                 |                     |  |
| 性别                        | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女                                                           | 联系电话                |  |
| 出现无法耐受的副作用                | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                           | 病人体力状态<br>(ECOG 评分) |  |
| 按照 RECIST 标准评估<br>泰瑞沙治疗效果 | <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD |                     |  |
| 填表时间                      |                                                                                                                 |                     |  |
| 项目医务志愿者<br>签字盖章确认         |                                                                                                                 |                     |  |

## 填表说明:

- 1、 此表由医生填写，项目医务志愿者签字盖章确认。不得空缺、不得涂改，有效期为 15 个自然日。
- 2、 患者需要将此表原件以及 CT 或核磁共振或骨扫描检查报告单通过中国邮政快递 EMS 邮寄到中华慈善总会泰然新生泰瑞沙慈善项目指定信箱：北京市 100034 信箱 25 分箱。收件人：泰然新生慈善项目。
- 3、 CT 或核磁共振或骨扫描检查报告日期应早于随访表中的填表时间，而且与随访表中的填表时间相较不得超过 15 个自然日。
- 4、 患者随访将在收到材料3个工作日内出结果。若随访未通过，我办将及时联系患者。若随访通过，我办不再另行通知，患者可主动查询，以便继续领取援助药品。
- 5、 若患者未按时随访，或不能提交符合项目规定的 CT 或核磁共振或骨扫描检查报告单，则不能领取援助药品。
- 6、 患者可以拨打项目热线 010-83368396查询随访结果。
- 7、 此表格可使用 A4 纸张下载打印或复印。