**北京爱谱癌症患者关爱基金会特罗凯-特殊患者援助项目**

**后续援助申请评估表第\_\_\_\_次申请**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者填写** | **患者姓名** |  | **性别** |  | **年龄** |  |
| **身份证号** | □□□□□□□□□□□□□□□□□□ |
| **联系电话** |  |
| **联系地址** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **治疗医院** |  |
| **医生填写** | **本月特罗凯治疗情况** | 影像学疗效评估：CR□ PR□SD□PD□相关症状改善：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**不可耐受的毒副反应（本栏如未勾选，本表无效）有□无□**\* 患者如发生任何不良反应，请项目医生按要求《不良事件报告表》，递交给项目办公室患者如有不可耐受的毒副反应，援助自动终止。 |
| **下一步治疗意见** | 特罗凯继续治疗：是□否□用法用量：\_\_\_\_\_mg\_\_\_\_\_天\_\_\_\_\_\_次 |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 医院项目医生签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日

患者本人签字： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日

**项目办公室特别声明：**

1. 本项目作为患者援助项目，患者均需自愿申请，北京爱谱癌症患者关爱基金会对患者的病情和治疗不承担责任和义务。
2. 项目办对患者信息严格保密，患者信息将不会用于任何商业用途，仅用于项目的管理，执行和审计，如获悉不良事件，有关药品不良事件的相关信息将由药品援助方按照相关法律规定报告给法规机构。
3. 关于项目的任何信息均以我办正式发布的信息为准，我办不为误信其他渠道信息产生的任何后果承担责任，如有任何问题，请致电项目热线400-070-5839。