

中华慈善总会泰圣奇慈善援助项目 医学随访表——（小细胞肺癌）

患者基本信息															
姓名							年龄					性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
身份证号码															
当前治疗医院	_____省_____市_____医院														
以下内容由项目医务志愿者填写															
本次随访影像学检查报告															
必填项 (任选其一)	<input type="checkbox"/> 肺/胸部 CT														
	<input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> 肺部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 其他部位_____ *如提供全身 PET-CT, 请对应勾选部位。													
选填项 (如适用)	<input type="checkbox"/> 头颅 MRI/增强 CT <input type="checkbox"/> 腹部 CT <input type="checkbox"/> 骨扫描 <input type="checkbox"/> 颈部 CT 扫描 <input type="checkbox"/> 其他 _____ *如肿瘤转移, 需同时提交转移部位影像学报告														
体力状况评分: <input type="checkbox"/> 0分 <input type="checkbox"/> 1分 <input type="checkbox"/> 2分 <input type="checkbox"/> 3分 <input type="checkbox"/> 4分 患者在泰圣奇治疗过程中是否发生不良反应? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, _____ 使用泰圣奇临床评估是否有效: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 同意患者继续使用泰圣奇治疗: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(注明原因) _____ 用法用量: 1200mg/21天 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否															
患者签字:				医务志愿者签字并盖章:					评估日期:						

项目办公室特别声明:

1. 本项目为慈善项目, 患者均需自愿参加。中华慈善总会对患者的病情和治疗不承担责任和义务。
2. 经项目医务志愿者评估, 患者因为病情发生进展、不良反应等不能够从泰圣奇治疗中获得有效治疗, 将终止后续援助。
3. 中华慈善总会对患者信息将严格保密, 患者的信息将不会用于任何商业用途, 仅用于项目的管理, 执行和审计以及患者户籍或医保所在地相关政府部门查询; 如获悉不良事件, 有关药品的不良事件的相关信息将交由药品捐赠方按照相关法律法规规定报告给法规机构。
4. 关于本项目的任何信息均以项目办公室正式发布的信息为准, 项目办公室不为误信其他渠道信息产生的任何后果承担责任。

