

附表三

医学条件确认表

(*患者首次援助申请时提交)

申请人填写					
姓 名		性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 龄	联系电话
身份证号	□□□□□□□□□□□□□□□□				
医保所在地	_____省_____市	是否享受医保：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否全额报销	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
医保类型	<input type="checkbox"/> 城镇职工医疗保险 <input type="checkbox"/> 城镇居民医疗保险 <input type="checkbox"/> 公费医疗保险 <input type="checkbox"/> 农村合作医疗保险 <input type="checkbox"/> 其它 _____				
项目医院			项目医生		
项目医生填写					
病史及诊断	是否是非小细胞肺癌	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		病理报告检查时间	
	肿瘤病理类型			服药前肿瘤分期	<input type="checkbox"/> ⅢB <input type="checkbox"/> Ⅳ
	是否进行EGFR突变基因检测	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是： 检测结果： <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 阳性			
治疗情况	是否化疗	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，如果是： <input type="checkbox"/> 新辅助/辅助 <input type="checkbox"/> 针对局部晚期或转移性NSCLC进行的系统化疗			
检查报告单	疗效评估	是否经影像学检查存在病灶			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
		<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD			
患者KPS体力评分是否大于60分	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是				
患者是否存在使用吉非替尼片(易瑞沙®)的禁忌症： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，如是，请描述 _____ (本栏如未勾选，本评估表无效)					
医生处方意见：					
该患者是否符合入组的医学标准			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合		
项目医生签字： 项目医生盖章： 医生评估时间：					
备注： 1、需附可评估病灶的影像学检查报告(报告日期需在提交申请前1个月内)，项目医生签字并盖项目专用章。 2、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)造成表格作废。 * 病理报告单检查时间：送检时间或报告日期均可。					

填表说明：本表用于项目办公室备案使用，请填写真实信息。