

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	
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		疾病确诊时间	
	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				病理报告检查时间	
	疗效评估	可评估病灶的影像学报告（CT或MR）检查时间			
		<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD		评估时间	
注：疗效评估报告检查时间需在提交申请日期前一个月内，须项目医生签字并盖项目专用章。					
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： 填 表 日 期：					
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。					

填表说明：本表用于项目办公室备案使用，请填写真实信息。