

医学条件确认表（患者首次援助申请时提交项目办公室）

申请人填写						
姓名		性别	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	年龄		联系电话
身份证号	□□□□□□□□□□□□□□□□					
医保所在地	省	市	是否享受医保	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是否全额报销	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
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 其他__					
项目医院				项目医生		
项目医生填写						
疾病 诊断	疾病诊断为 肝细胞癌	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	2017原发性肝癌 诊疗规范分期	<input type="checkbox"/> Ia <input type="checkbox"/> Ib <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV		
	肝脏基础 疾病	<input type="checkbox"/> 乙肝 <input type="checkbox"/> 丙肝 <input type="checkbox"/> 酒精肝 <input type="checkbox"/> 脂肪肝 <input type="checkbox"/> 其他	开始仑伐替尼 治疗时间	_____年_____月_____日		
辅助 检查	<p>请医生确认患者是否已提供以下医学材料（请在患者提供的医学材料对应选项处划“√”， 所有选项均需要提供AFP化验单）</p> <p>一、确诊HCC的诊断材料（请至少勾选下列二组选项其中一组）</p> <p>1) <input type="checkbox"/> 确诊病理报告</p> <p>2) <input type="checkbox"/> 临床诊断资料：疾病诊断证明和判断肝炎背景的支持材料</p> <p>二、针对使用过仑伐替尼患者的疗效判断材料</p> <p>1) <input type="checkbox"/> 服用仑伐替尼前的影像学报告（CT/MRI）</p> <p>2) <input type="checkbox"/> 肝功能化验单</p> <p>三、若为接受非根治性切除术后或射频消融术后患者，请至少勾选下列选项中的一组：</p> <p>1) <input type="checkbox"/> 肝肿瘤破裂，邻近器官浸润，须提供术中或术后病理证实或影像学B超/CT/核磁报告</p> <p>2) <input type="checkbox"/> 手术切缘病理阳性，须提供术后病理证实</p> <p>3) <input type="checkbox"/> 术前、术中、术后证实肝外转移，须提供CT/核磁（术前）、手术记录（术中）、病理报告（术后）</p> <p>4) <input type="checkbox"/> 术后DSA造影有残存阳性病灶，须提供术后DSA证实</p> <p>5) <input type="checkbox"/> 癌栓（肝静脉、门静脉、胆管以及下腔静脉癌栓），须提供可证实癌栓的术前影像学报告（CT、核磁、B超、DSA）或可证实癌栓的术中/术后报告、或病理报告</p> <p>6) <input type="checkbox"/> 如术前AFP升高，术后2个月内AFP水平不在正常范围（极个别病人另行判定）</p>					
患者是否存在使用仑伐替尼的禁忌症： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，如是，请描述（本栏如未勾选，视为无效）						
医生处方意见：						
该患者是否符合入组医学标准 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合						
患者体重 _____ KG						
建议服用剂量 <input type="checkbox"/> 8mg/天 <input type="checkbox"/> 12mg/天 其他_____						
项目医生签字及盖章：					填表日期：	
备注： 1. 医生可在低收入患者用药两周之后可进行填写，并在以上提及的所有报告单复印件上签字盖章； 2. 请患者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； 3. 请患者在断药前15天提交至项目办公室，以免耽误患者用药； 4. 该表格填表时间在项目办公室收到的1个月内有效； 5. 每次具体援助药品数量以不超过自费阶段使用药品数量为限。						

填表说明：本表用于项目办公室备案使用，请填写真实信息。