



# 中华慈善总会多吉美患者援助项目

## 肝癌患者医学条件确认表

患者姓名		联系电话		身份证号码	
医院名称				注册医生姓名	
疾病诊断为 肝细胞癌	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	BCLC分期	<input type="checkbox"/> B期 <input type="checkbox"/> C期	多吉美治疗 开始时间	年 月 日
<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“√”）：</p> <p>一、确诊HCC的诊断材料（请至少勾选下列三组选项其中一组）</p> <p>1) <input type="checkbox"/> 确诊病理报告</p> <p>2) <input type="checkbox"/> 肿瘤大小为<math>\geq 2\text{cm}</math>，临床诊断资料必须提供：疾病诊断证明和判断肝炎背景的支持材料。</p> <p>3) <input type="checkbox"/> 肿瘤大小为1–2cm，临床诊断资料必须提供：疾病诊断证明、判断肝炎背景的支持材料以及AFP化验单。</p> <p>二、疗效判断材料</p> <p>1) <input type="checkbox"/> 服用多吉美前的影像学报告（CT/MRI）</p> <p>2) <input type="checkbox"/> 多吉美治疗8–12周的影像学报告（增强CT/MRI）</p> <p>3) <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和手术记录。</p> <p>3) <input type="checkbox"/> 病理证实淋巴结转移，须提供术中或术后病理证实肝细胞癌转移。</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"/> 合并脉管癌栓和/或合并胆道癌栓，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/术后病理报告。</p> <p>6) <input type="checkbox"/> 术后2个月AFP未降至正常范围，须提供术前AFP化验单和术后AFP化验单。</p> <p>注意：以上医生确认患者已提供的所有医学资料原件（如为复印件需要加盖医院章）需全部邮寄至项目办进行审核。</p>					
是否符合 援助医学标准	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	建议服用剂量	400mg <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> QD <input type="checkbox"/> QOD <input type="checkbox"/> 其他 _____		
注册医生签字 并盖章	填表时间		年 月 日		

- 备注： 1、此表由注册医生本人填写，不得空缺和涂改。如有涂改，需在涂改处盖注册医生章。
- 2、此表自填表之日起，有效期2个月。若按照非根治性切除术后或射频消融术申请，填表医生需为具有相应资格的注册医生。
- 3、此表格适用于不能进行线上申请的患者，如为线上申请患者，则本表格的信息和相关医学证明资料均通过线上提交。
- 4、本表及上述医生确认患者已提供的所有医学资料原件（如为复印件需要加盖医院章）需全部通过中国邮政EMS邮寄到中华慈善总会多吉美项目办公室指定信箱：北京市100034信箱22号分箱。收件人：多吉美项目办公室。
- 5、如获知不良事件或其他需要报告的情况，请确保在获知的一个工作日内报告至拜耳公司药物警戒部门（传真 010-85505141或邮件pv.china@bayer.com）。
- 6、项目热线：400-864-2150