



中国初级卫生保健基金会
晴乐相伴-胃肠间质瘤患者援助项目
医学条件确认表

申请人填写	
姓名_____	性别 ☐ 男 ☐ 女 年龄_____
身份证号_____	本人手机_____
项目医院_____	家属手机_____
项目医生_____	
项目医生填写	
疾病诊断	胃肠间质瘤 ☐ 复发 ☐ 转移
原发灶部位	☐ 胃 ☐ 十二指肠 ☐ 空肠 ☐ 回肠 ☐ 结肠 ☐ 直肠 ☐ 其他 _____
转移灶部位	☐ 无 ☐ 肝 ☐ 腹腔 ☐ 骨 ☐ 肺 ☐ 其他 _____
目前肿块最大径	_____cm × _____cm
基因突变类型	☐ 未知 ☐ 已知，请描述基因突变类型：_____
ECOG PS评分	☐ 0分 ☐ 1分 ☐ 2分 ☐ 3分 ☐ 4分
既往靶向治疗药物	☐ 伊马替尼 ☐ 舒尼替尼 ☐ 瑞戈非尼 ☐ 阿伐替尼 ☐ 其他：_____
医学材料	请医生确认患者是否已提供如下医学材料（请在患者提供的医学材料对应选项处划“√”）*确诊胃肠间质瘤的诊断材料（以下两项都需提供）： ☐ 病理检查报告 ☐ CT或MRI影像学检查单（二选一） a) 影像学检查单日期距申请日期前90天内 b) 影像学检查报告上需文字描述肿块大小：检查报告单本身描述或由处方医生手写出肿块大小并签名
项目医生处方意见：	
该患者符合本项目医学条件，建议使用瑞派替尼进行治疗，治疗数量为_____瓶（50mg,30片/瓶）。	
项目医生签字并盖项目章：_____填表日期：_____	

备注：

- 1.医学条件确认表需项目医生签字盖章有效。
- 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、涂改等）造成此表格作废。若有涂改，请项目医生在涂改处签字。
- 3.请患者在用药前15天上传申请材料，以免耽误患者治疗。
- 4.该表格填表时间在项目办收到的1个月内有效