择优乐享
患 者 援 助 项 目

白求恩公益关爱女性健康行动
择优乐享-患者援助项目医学条件确认表

申请人填写					
姓名		年龄		联系电话	
身份证号码	□□□□□□□□□□□□□□□□□□				
项目医院				项目医生	
项目医生填写					
疾病与诊断	□ 卵巢癌 □ 输卵管癌 □原发性腹膜癌 确诊最近一次复发时间：_____年_____月_____日				
	□ 上皮性卵巢癌 □ 性索间质性卵巢恶性肿瘤 □ 输卵管癌 □ 原发性腹膜癌 □ 生殖细胞性卵巢恶性肿瘤				
	是否接受过BRCA基因突变检测 □ 是 □ 否 检测结果： □ BRCA1突变阳性 □ BRCA2突变阳性 □ BRCA基因突变阴性 检测方法： □ 二代NGS □ 其他				
治疗及检查	本次复发是否为铂敏感复发 □ 是 □ 否 本次复发的以铂剂为基础的化疗使用药物 □ 顺铂 □ 卡铂 □ 其他 本次复发的以铂剂为基础的化疗最后一次结束时间_____年_____月_____日 是否缓解 □ 部分缓解 □ 完全缓解 □ 疾病稳定 □ 疾病进展				

患者是否存在使用尼拉帕利（则乐®）的禁忌症 □ 否 □ 是 ，请描述_____
（本栏如未勾选，视为无效）

医生处方意见：
该患者是否符合则乐适应症 □ 符合 □ 不符合
建议使用尼拉帕利（则乐®）进行治疗，本次申请援助药品_____盒（100mg,30粒/盒）

项目医生签字、盖章： 填表日期：

备注：
1、附上病历以及病理报告，同时项目医生签字并盖章，请申请人配合项目医生完整填写此表，避免因填写原因（缺项、漏填、错填、涂改等）造成此表格浪费。
2、医生评估时间30天内有效，超过有效期重新评估。