

附表三

患者医学条件确认表

(*患者首次援助申请时提交)

申请人填写				
姓名		年龄		
身份证号	□□□□□□□□□□□□□□□□			
定点医院		责任医师		
责任医师填写				
病史与诊断	疾病诊断		疾病确诊时间	
	复泰奥®(特立帕肽注射液)开始治疗时间 _____年____月____日, 已使用____支			
	近期检查报告单 (至少勾选一项)	<input type="checkbox"/> 腰椎、全髋、股骨颈、手腕等至少一处骨密度 $T \leq -3.5$;	检查时间	____年____月____日
		<input type="checkbox"/> 腰椎、全髋、股骨颈、手腕等至少两处骨密度 $T \leq -2.5$, 且有骨折危险因素;	检查时间	____年____月____日
		<input type="checkbox"/> 发生过两次及以上脆性骨折;	检查时间	____年____月____日 ____年____月____日
<input type="checkbox"/> 65岁及以上患者, 发生过一次脆性骨折		检查时间	____年____月____日	
治疗情况	不良事件	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有, 请详细描述(症状、诊断、合并用药、既往史、相关性判断等): _____ _____		
医生处方意见:				
该患者符合青岛专项医学标准且适合继续使用复泰奥®治疗		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
本次申请复泰奥®(特立帕肽注射液)援助数量		____支, 2.4ml/支(最大处方量不得超过4支)		
		责任医师签字:		
		填表日期:		
备注:				
1、请申请人配合责任医师完整填写此表, 避免因填写原因(缺填、漏填、错填等)造成表格作废。				
2、该表仅适用于骨质疏松患者援助项目青岛专项。				