



附表四

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		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄		联系电话	
身份证号	□□□□□□□□□□□□□□□□						
项目医院				项目医生			
项目医生填写							
病史与诊断	疾病诊断	<input type="checkbox"/> 绝经后骨质疏松		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 (至少勾选一个)	骨密度值 (DXA) (<input type="checkbox"/> T ≤ -3.5)			检查时间	____年____月____日	
		骨密度 (DXA) (<input type="checkbox"/> -3.5 < T ≤ -2.5) <input type="checkbox"/> 有骨折危险因素			检查时间	____年____月____日	
X线摄片报告 (T > -2.5 必须提供) <input type="checkbox"/> 脆性骨折			检查时间	____年____月____日			
治疗情况	治疗结果 (至少勾选一项)	<input type="checkbox"/> 腰椎骨密度未出现临床意义的降低 (即下降未超过3%) <input type="checkbox"/> 治疗3-6个月期间检查骨形成指标 (BALP、OC、PINP、PICP任一项) 升高 > 25% <input type="checkbox"/> 医生判断有明显的症状改善和患者获益					
	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:							
该患者是否符合入组的医学标准				<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合			
治疗三个月后诊疗建议 (请从有效性和安全性两方面进行评估):							
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)							
项目医生签字: 项目医生盖章: 填表日期:							
备注:							
1、需附骨密度检查报告 (报告日期需在提交申请前一年内), 项目医生签字并盖项目专用章。 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、错填等) 造成表格作废。 3、此表需在确诊3个月后填写。							