



附表三

低保患者-医学条件确认表

(*低保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	□□□□□□□□□□□□□□□□						
医保所在地	_____省_____市		是否享受医保：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否全额报销	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
医保类型	<input type="checkbox"/> 城镇职工医疗保险 <input type="checkbox"/> 城镇居民医疗保险 <input type="checkbox"/> 公费医疗保险 <input type="checkbox"/> 农村合作医疗保险 <input type="checkbox"/> 其它 _____						
项目医院：				项目医生			
项目医生填写							
病史与诊断	疾病主要诊断	<input type="checkbox"/> 绝经后骨质疏松		疾病确诊时间			
	如已使用复泰奥®（特立帕肽注射液），请填写 开始治疗时间：_____年_____月_____日，已使用_____支						
治疗情况	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)			检查时间	____年____月____日	
		<input type="checkbox"/> 有骨折危险因素 <input type="checkbox"/> 脆性骨折			检查时间	____年____月____日	
	不良事件 (如未使用过复泰奥® 治疗则无需填写)	<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			
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3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。							

