

附表五

低保患者-医学条件随访表

(*低保患者后续申请援助时提交)

申请人填写				
姓 名		性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 龄
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			
治疗情况	后续治疗	<input type="checkbox"/> 根据患者目前情况,建议继续使用,进入下一轮援助申请; <input type="checkbox"/> 根据患者目前情况,不建议继续使用复泰奥®治疗;		
	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		
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) <input type="checkbox"/> 经本次处方后,患者复泰奥®的实际用药时间未超过24个月。(必需勾选)		
项目医生签字: 项目医生盖章: 填 表 日 期:				
备注: 1、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。				