



附表三

# 患者医学条件确认表

(\*患者首次援助申请时提交)

<b>申请人填写</b>					
姓 名		年 龄			
身份证号	□□□□□□□□□□□□□□□□				
定点医院		责任医师			
<b>责任医师填写</b>					
<b>病史与诊断</b>	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、全髌、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、全髌、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		
<b>治疗情况</b>	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): _____ _____			
<b>医生处方意见:</b>					
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:					
<b>备注:</b>					
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。					

