



附表四

# 青岛专项-医学条件随访表

(\*患者后续申请援助时提交)

<b>申请人填写</b>					
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		
<b>项目医生填写</b>					
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): _____ _____			
<b>医生处方意见:</b>					
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:					
<b>备注:</b> 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。					

