附表四

低收入患者-医学条件随访表

（*低收入患者后续申请援助时提交）

申请人填写					
姓　名		性　别	□男　□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	□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	□根据患者目前情况，建议继续使用，进入下一轮援助申请；			
		□根据患者目前情况，不建议继续使用复泰奥®治疗；			
	不良事件	□无　□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		□符合　□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） □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。					