

GWRS-SC-DS-3.0

附表三

低收入患者-医学条件确认表

(*低收入患者首次申请援助时提交)

申请人填写								
姓 名		性別	□男 □女	年 龄	À.	联	系电话	
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							
	近期检查报告单 (至少勾选一个)	骨密度值(DXA)(□ T≤-3.5)				检查时间	年	F月
		骨密度(DXA)(□-3.5 <t≤-2.5) □有骨折危险因素</t≤-2.5) 			检查时间年月日			
		X线摄片报告(T>-2.5必须提供) □脆性骨折				检查时间	年	F月日
治疗情况	治疗结果 (至少勾选一项)	□治疗1-3个月期间检查骨形成指标PINP升高>20%或10ug/L;						
		□医生判断有明显的症状改善和患者获益						
	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				
诊疗建议(请从有效性和 安全 性两方面进行评估):								
本次申请复泰奥®(特立帕肽注射液)援助数量								
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。



项目援助热线: 4000-186-072 周一至周五 9:00-17:30 邮政信箱: 上海邮政41-012信箱