

专用处方

姓名		年龄	
性别		项目医院	

临床诊断:

至少勾选一项	治疗结果	<input type="checkbox"/> 腰椎骨密度未出现临床意义的降低 (定义为下降未超过3%)
		<input type="checkbox"/> 治疗3-6个月期间检查骨形成指标 (BALP、OC、PINP、PICP任一项) 升高>25%
		<input type="checkbox"/> 医生判断有明显的症状改善和患者获益

Rx :

复泰奥® (特立帕肽注射液) _____ 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 (必须勾选)

项目医生签字:

项目医生盖章:

处方时间:

第一联
基金会联

*本项目处方有效期1个月, 逾期无效。

*申请患者通过审核后凭此处方及领药相关材料至项目药房领取援助药品

专用处方

姓名		年龄	
性别		项目医院	

临床诊断:

至少勾选一项	<input type="checkbox"/>	腰椎骨密度未出现临床意义的降低 (定义为下降未超过3%)
	<input type="checkbox"/>	治疗3-6个月期间检查骨形成指标 (BALP、OC、PINP、PICP任一项) 升高>25%
	<input type="checkbox"/>	医生判断有明显的症状改善和患者获益

Rx :

复泰奥® (特立帕肽注射液) _____ 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 (必须勾选)

项目医生签字:

项目医生盖章:

处方时间:

第二联
医生存根
联

*本项目处方有效期1个月, 逾期无效。

*申请患者通过审核后凭此处方及领药相关材料至项目药房领取援助药品