



非凡活力——多发性硬化患者救助项目 医学条件确认表

申请人填写							
姓名		年龄		性别		本人联系方式	
身份证号						家属联系方式	
项目医院						项目医生	
项目医生填写部分							
病史与诊断	发病时间	___年 ___月___日		疾病诊断时间	___年 ___月___日		
	是否确诊为 复发型多发性硬化			☐ 是 ☐ 否			
	患者是否成年人 >=18岁			☐ 是 ☐ 否			
治疗情况	是否有使用富马酸二甲酯肠溶胶囊的禁忌症			☐ 是 ☐ 否			
医生处方意见							
该患者是否符合本项目医学条件： ☐ 是 ☐ 否 建议使用富马酸二甲酯肠溶胶囊治疗，治疗剂量：_____ 本次申请援助药品： 1盒 （240 mg*56粒）							
项目医生签字		项目医生盖章		填表日期	___年 ___月___日		
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、涂改等）造成此表格作废。表格必填内容有涂改部分，需要项目医生签字并加盖项目医生专用章							