

“因你同行”血友病患者援助项目 医学条件确认表

患者姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者身份证号			
项目医院		项目医生	
甲型血友病 疾病诊断	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	疾病确诊时间	_____年__月__日
是否有不可耐受的 毒副作用	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 请描述		
是否符合入组的 医学标准	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合		
医生处方意见 用法用量	<input type="checkbox"/> 7500IU <input type="checkbox"/> 15000IU <input type="checkbox"/> 其他_____ (如选择其他剂量, 请提供相关材料)		
	<input type="checkbox"/> 我已阅读并确认所有相关医学评估资料真实有效。		
其他说明: 治疗期间根据个体患者的安全性和耐受性, 允许暂停给药。			
评估日期		项目医生 签字/盖章	
备注	1.本表用于因你同行血友病患者援助项目; 2.本表内所有内容均为必填项; 3.本表必须书写工整且清晰可辨。		