



中国初级卫生保健基金会  
血友病患者公益项目

## “因你同行”血友病患者援助项目

### ITI 药品援助

#### 医学条件确认表

患者姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
项目医生		项目医院	
是否有不可耐受的毒副反应	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	是否能从 ITI 治疗方案继续获益	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
医生处方意见 用法用量	<input type="checkbox"/> 安佳因® _____ IU _____ 支 (每次上限额度 100 支/1000IU)		
	<input type="checkbox"/> 我已阅读并确认所有相关医学评估资料真实有效。		
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 ITI 药品援助； 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。		