



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 河南专项 医学信息随访表

| | | | |
|----------------|--|---------------|---|
| 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 | 是否使用安佳因继续获益 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 医生处方意见 用法用量 | <input type="checkbox"/> 7500IU <input type="checkbox"/> 15000IU <input type="checkbox"/> 20000IU <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。 | | |
| 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。 | | |