



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	安佳因® <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河南专项药品援助; 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。		