

## 医学条件确认表（患者首次援助申请时提交）

| 申请人填写  |  |   |   |   |        |   |
|--|--|---|---|---|--------|---|
| 姓名   |  | 性别  | 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> | 年龄  |        | 联系电话  |
| 身份证号   | □□□□□□□□□□□□□□□□□□   |   |   |   |        |   |
| 医保所在地  | 省  | 市   | 是否享受医保  | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | 是否全额报销 | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 医保类型   | <input type="checkbox"/> 城镇职工医疗保险 <input type="checkbox"/> 城镇居民医疗保险 <input type="checkbox"/> 公费医疗保险 <input type="checkbox"/> 农村合作医疗保险 其他__ |   |   |   |        |   |
| 项目医院   |  |   |   | 项目医生  |        |   |
| 项目医生填写   |  |   |   |   |        |   |
| 诊断   | 诊断日期   |   |   | 年   | 月      | 日   |
| 治疗及<br>复查  | 是否符合特立氟胺片(奥巴捷®)适应症   | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                 |   |   |        |   |
|  | 年复发次数 (ARR)  |   |   |   |        |   |
|  | 扩展残疾状况量表得分(EDSS Score)   |   |   |   |        |   |
|  | 用药前进行相应检查评估  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                 |   |   |        |   |
|  | 6个月内全血细胞计数   | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常                               |   |   |        |   |
|  | 结核筛查是否排除活动性结核  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                 |   |   |        |   |
|  | 血压   | mmHg  |   |   |        |   |
|  | 育龄女性妊娠检查   | <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 阳性                               |   |   |        |   |
|  | 肝肾功能检查   | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常                               |   |   |        |   |
|  | 首次用药时间   |   |   | 年   | 月      | 日   |
|  | 治疗评价   | <input type="checkbox"/> 缓解 <input type="checkbox"/> 复发 <input type="checkbox"/> 病情恶化 |   |   |        |   |
|  | 服用特立氟胺片(奥巴捷®)治疗后是否出现其他无法耐受反应   | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                 |   |   |        |   |
| 诊断证明书需项目医院出具原件并项目医生签字、盖章，以填表日期为准一个月内有效。  |  |   |   |   |        |   |
| 患者是否存在使用特立氟胺片(奥巴捷®)的禁忌症： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，如是，请描述_____ |  |   |   |   |        |   |
| (本栏如未勾选，视为无效)  |  |   |   |   |        |   |
| 医生处方意见   |  |   |   |   |        |   |
| 该患者是否符合本项目医学条件 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合                    |  |   |   |   |        |   |
| 本次申请援助药品14 mg_____盒  |  |   |   |   |        |   |
|  |  |   |   | 项目医生签字、盖项目章：  |        | 填表日期：   |
| 备注：1.需在患者用药3个月之后进行填写，项目医生签字、盖项目章   |  |   |   |   |        |   |
| 2.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、错填等）造成表格作废  |  |   |   |   |        |   |

