



• 中华慈善总会拜科奇血友病患者援助项目 •

患者援助药品申请表

注册医生		医院名称	
患者姓名		身份证号码	
监护人姓名		监护人与患者关系	
监护人联系电话			
首次诊断时间	年	月	
血友病 A	中度 <input type="checkbox"/>	重度 <input type="checkbox"/>	
确认患者是否适合参加此次预防治疗项目： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
使用拜科奇后出现无法耐受的不良反应： 无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> (请注明：)			
建议使用拜科奇 _____ 周，建议申请拜科奇 _____ 支 (250 单位/支)			
项目注册医生 签字盖章		填表时间	

填表说明：1、此表由医生填写，注册医生签字盖章确认，不得空缺，有效期为 2 个月。

2、本表填好后，由患者连同其余申请资料一同邮寄到北京市 100034 信箱 23 分箱中华慈善总会拜科奇项目办公室。