



· 中华慈善总会拜科奇血友病患者援助项目 ·

## 低保患者援助药品申请表

填表医院		填表医生	
患者姓名		年 龄	
患者身份证号码			
第一监护人姓名		监护人与患者关系	
监护人联系电话(一)			
监护人联系电话(二)			
首次诊断时间:			
血友病 A	<input type="checkbox"/>		
先天性 FVIII:	_____ %		
重度血友病 A	<input type="checkbox"/>		
中度血友病 A 合并骨关节病变	<input type="checkbox"/>		
中度血友病 A 曾无明显诱因出现过极危重出血	<input type="checkbox"/>		
既往急性出血时, 输注血浆八因子有效	<input type="checkbox"/>	输注重组八因子有效	<input type="checkbox"/>
患者进行过 <b>抑制物评估</b> , 确认适合参加此次预防治疗项目: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
出现无法耐受的不良反应: 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>			
建议拜科奇继续使用剂量 _____			
申请人体重_____公斤_____瓶/次			
建议_____单位/公斤体重/次_____次/周			
建议使用_____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。