

生命礼赞-法布雷病患者援助项目
医学条件确认表

申请人填写					
姓 名		年 龄		本人联系电话	
身份证号				家属联系电话	
项目医院				项目医生	
项目医生填写					
病史与诊断	疾病诊断		确诊时间		
	症状体征				
治疗情况	是否有不适合使用阿加糖酶β的情况？ ☐ 有 ☐ 无				
	是否开始使用注射用阿加糖酶β（法布赞®）	☐ 是 ☐ 否	身高	cm	
			体重	kg	
			治疗剂量	mg/kg/2 周	
检查报告单	检查项目	时间	结果		
	酶学检查				
	基因检查				
	备注：以上检查报告单均须项目医生签字或盖章。				
项目医生处方意见					
该患者符合本项目医学条件，建议使用注射用阿加糖酶β（法布赞®）治疗，治疗剂量_____mg/kg/2 周 项目医生签字/盖章： 填表日期：					
备注：附上相应报告单原件/复印件，同时项目医生签字并盖章，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、涂改等）造成此表格作废。					