

生命礼赞-法布雷病患者援助项目

第_____次医学信息随访表

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					
出现无法耐受反应	☐ 是 ☐ 否				
请医生确认患者本次随访是否已提供以下医学资料（请至少勾选下列二组选项中其中一组） 1) ☐ 病历复印件（患者信息页及疾病信息页） 2) ☐ 化验单复印件					
患者在使用注射用阿加糖酶β（法布赞®）期间是否出现不良反应 ☐ 否 ☐ 是，请描述_____ （如出现，请项目医生填写《不良事件报告表》并一起邮寄至项目办公室）					
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： 1. 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。 2. 若患者未按时随访，则不能领取援助药品 3. 为了不耽误患者用药，请务必在使用捐赠药品前 15 天邮寄完整申请资料至项目办公室审核，审核通过后方可领药。 4. 该表格填表时间在项目办公室收到的 1 个月内有效。					