

## 医学评估表

(患者申请资料三)

项目 医院					项目医生		
患者信息							
姓名		年龄		性别		联系电话	
诊断情况							
诊断	类风湿关节炎 (RA) <input type="checkbox"/> 强直性脊柱炎 (AS) <input type="checkbox"/> 银屑病 (PS) <input type="checkbox"/> 其他: _____						
诊断 时间							
病史							
伴随 疾病	无 <input type="checkbox"/>						
	有 (请描述): _____						
过敏 史	无 <input type="checkbox"/>						
	有 (请描述): _____						

经诊断, 该患者可适用本项目援助药品安佰诺®。

## 安心健行-安佰诺®援助项目 专用处方签

处方: \* \_\_\_\_\_ 支 (25 mg/12.5mg) (勾选)      用法: \_\_\_\_\_

专科医师签名: \_\_\_\_\_

患者签名: \_\_\_\_\_      评估日期: \_\_\_\_\_

项目办公室审批意见:

同意援助    审核编号: \_\_\_\_\_     不同意援助    原因: \_\_\_\_\_

审批人签名: \_\_\_\_\_      日期: \_\_\_\_\_