

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: _____