**北京仁泽公益基金会**

**依保®患者援助项目医学评估表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **郑重声明：**  我自愿加入依保®患者援助项目，已通过项目办公室资格审查并获得赠药资质。我声明申请资质时提交资料真实、合法、有效。为巩固治疗效果，经项目医师确认需继续使用依保®（醋酸阿托西班注射液）药品治疗疾病，特向项目办公室申请免费援助药品。我同意并严格遵守项目的相关规定，自愿按程序申请，并遵从医嘱。 | | | |
| **患者签名:** | | **日期：** | |
| **医学评估信息（由医学专业人员填写）** | | | |
| 实验室检查：PH试纸 □ 阴性 □ 阳性  辅助检查： 胎心率 □ 正常 □ 异常  宫缩强度 □ 偶有 □ 不规则 □ 规律 □ 无  宫颈口 □ 未开 □ 开\_\_\_\_\_\_cm □ 容受\_\_\_\_\_\_%  胎心监护 □ 有反应 □无反应  生命体征： 体温 ℃ 心率 次/分 呼吸 次/分 血压 / mmHg | | | |
| **依保治疗情况摘要** | | | |
| 该患者已经接受依保治疗  评估时间：用药后 □12小时 □36小时  **医师意见:**  □继续用药 □暂停用药 **签字盖章：** | | | |
| **“对患者使用此药物并不是非适应症应用**”**的声明**：经过科学负责任的医学检查，本人认为申请患者疾病状况符合使用依保®（醋酸阿托西班注射液）的医学标准，对患者使用此药物并不是非适应症应用。 | | | |
| **科室：** | **项目医师签字盖章：** | | **填表日期：** |
| 备注: 此表格必须由注册医师填写，不得空缺  如果表格有涂改，须由注册医师在修改处签字盖章  此表格首次申请的有效期至患者孕32+6周止。 | | | |

注意：1.患者经项目医师确诊为早产，且判定可以使用依保®（醋酸阿托西班注射液）治疗

2.患者经临床评估能够耐受依保®（醋酸阿托西班注射液）治疗，无严重的毒副反应

3.建议连续使用完整一个疗程，患者需密切随访

4.更多药品信息请参见依保®（醋酸阿托西班注射液）药品说明书