

北京仁泽公益基金会

依保®患者援助项目医学评估表



北京仁泽公益基金会
— Beijing RenZe Foundation —
健康 / 教育 / 社区 / 管理

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(若有阴道流液) <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 阳性	
辅助检查：	胎心率 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常	
	宫缩强度 <input type="checkbox"/> 偶有 <input type="checkbox"/> 不规则 <input type="checkbox"/> 规律 <input type="checkbox"/> 无	
	宫颈口 <input type="checkbox"/> 未开 <input type="checkbox"/> 开 _____cm <input type="checkbox"/> 容受 _____%	
	胎心监护(若已行胎心监护) <input type="checkbox"/> 有反应 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 12小时 <input type="checkbox"/> 36小时		
医师意见： <input type="checkbox"/> 继续用药 <input type="checkbox"/> 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 ⁺ 周止。		

注：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

- 1.患者经临床评估能够耐受依保®（醋酸阿托西班注射液）治疗，无严重的副反应
- 2.建议连续使用完整一个疗程，患者需密切随访
- 3.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