



特发性肺纤维化
患者援助项目

医学条件确认表 (患者首次援助申请时提交)

申请人填写：

姓名		性别	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	年龄		手机	
身份证号	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □						
医保所在地	省市 _____	是否享受医保	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是否全额报销	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
医保类型	<input type="checkbox"/> 城镇职工医疗保险 <input type="checkbox"/> 城镇居民医疗保险 <input type="checkbox"/> 公费医疗保险 <input type="checkbox"/> 农村合作医疗保险 其他 _____						
项目医院		项目医生					

项目医生填写：

诊断	特发性肺纤维化	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	诊断日期	____年__月__日
	影像检查结果	普通型间质性肺炎 (UIP) 或者普通型间质性肺炎 (UIP) 可能 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
	病理检查时间 (如果有)	____年__月__日		
	病理检查结果 (如果有)			
	排除其他已知原因的间质性肺疾病	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
治疗及检查	首次用乙磺酸尼达尼布时间及剂量	____年__月__日	150mg bid <input type="checkbox"/>	100mg bid <input type="checkbox"/>
	用药前肺功能检查时间 (如果有)	____年__月__日	用药前肺功能检查结果 (如果有)	FVC 实测值: ____ ml FVC 预测值: ____ ml FVC 实测值 / 预测值: ____ %
	最近一次肺功能检查时间 (如果有)	____年__月__日	最近一次肺功能检查结果 (如果有)	FVC 实测值: ____ ml FVC 预测值: ____ ml FVC 实测值 / 预测值: ____ %

患者是否存在使用乙磺酸尼达尼布的禁忌症: 否 是, 如是, 请描述 _____
(本栏如未勾选, 视为无效)

医生处方意见：

该患者是否符合入组医学标准 符合 不符合
该患者是否适合继续使用乙磺酸尼达尼布 适合 不适合
本次申请援助药品 _____ mg _____ 盒

项目医生签字、盖项目章：

填表日期：

备注：

- 填表日期在项目办收到1个月内有效, 并提供可评估影像学报告单、用药前后肺功能报告单 (若有请提供), 项目医生签字、盖项目专用章。
- 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、错填等) 造成表格作废。

填表说明: 本表用于项目办公室备案使用, 请填写真实信息。