



“助力成长 关爱未来” 矮小症患者公益援助项目

患者医学申请评估表

患者姓名		性 别		年 龄	
联系方式		联系人姓名		与患者关系	
项目医院				医生姓名	

您是否有以下家族病史 否 是 (如是, 请在以下方框中打勾注明)

肝肾相关病症 肿瘤 糖尿病 甲状腺疾病 其他: _____

您是否有以下既往病史 否 是 (如是, 请在以下方框中打勾注明)

肝肾相关病症 肿瘤 糖尿病 甲状腺疾病 其他: _____

临床评估和诊断

疾病诊断	<input type="checkbox"/> 内源性生长激素缺乏症		<input type="checkbox"/> 其它		
实验室检查结果	<input type="checkbox"/> 部分性生长激素缺乏		<input type="checkbox"/> 完全性生长激素缺乏		
首次确诊时间	_____ 年 _____ 月 _____ 日				
确诊骨龄		身 高	_____ cm	体 重	_____ kg

实验室检查 (红色字为必须提供报告, 可原件或复印件, 需项目医生签字或盖章)

<input type="checkbox"/> 骨龄 X 光片	<input type="checkbox"/> GH 激发试验结果	<input type="checkbox"/> 甲状腺功能 (5 项)
<input type="checkbox"/> 血糖	<input type="checkbox"/> 头部核磁报告	<input type="checkbox"/> 肝、肾功能
<input type="checkbox"/> 血、尿常规	<input type="checkbox"/> 染色体核型分析 (女孩必须提交)	<input type="checkbox"/> 乙肝两对半
<input type="checkbox"/> 胰岛素水平	<input type="checkbox"/> 胰岛素样生长因子 I 及胰岛素样生长因子结合蛋白 3 测定	
<input type="checkbox"/> 腹部 B 超	<input type="checkbox"/> 其他: _____	



生长激素治疗情况

首次用药时间	_____ 年 _____ 月 _____ 日		
开始治疗剂量	_____ IU/kg/ 天 共 _____ IU/ 天		
是否建议继续使用海之元 [®] 治疗	□ 是 □ 否	下阶段推荐治疗剂量	_____ IU/kg/ 天 共 _____ IU/ 天 体重 _____ kg

医生签字: _____

申请人签字: _____

日期: _____

日期: _____

“助力成长 关爱未来”矮小症儿童公益援助项目办公室意见

同意捐助 不同意捐助 原因 _____

项目办签章 _____ 日期 _____