

“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 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（如是，请在以下方框中打勾注明）					
<input type="checkbox"/> 肝肾相关病症 <input type="checkbox"/> 肿瘤 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾病 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
您是否有以下既往病史 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（如是，请在以下方框中打勾注明）					
<input type="checkbox"/> 肝肾相关病症 <input type="checkbox"/> 肿瘤 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾病 <input type="checkbox"/> 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_____