

“助力成长 关爱未来”矮小症患者公益援助项目 患者再次申请医学评估表

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	
本次申请复诊时间	_____ 年 _____ 月 _____ 日				
复诊骨龄		复诊身高	_____ cm	复诊体重	_____ 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"/> 甲状腺功能（5 项）		<input type="checkbox"/> GH 激发试验结果		
<input type="checkbox"/> 血糖	<input type="checkbox"/> 肝、肾功能		<input type="checkbox"/> 头部核磁报告		
<input type="checkbox"/> 血、尿常规	<input type="checkbox"/> 乙肝两对半		<input type="checkbox"/> 染色体核型分析（女 孩必须提交）		
<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			
本次申请用药时间	_____ 年 _____ 月 _____ 日		
本次申请开始治疗剂量	_____ IU/kg/天 共 _____ IU/天		
是否建议继续使用海之元®治疗	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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 _____