



“助力成长 关爱未来” 矮小症患者公益援助项目

再次申请资料清单

准备状态	项目资料	标 准														
<input type="checkbox"/>	患者项目意向书 (原件)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 必须是由患者本人、法定监护人正楷签字并签署日期 2. 项目医生签字并签署日期 														
<input type="checkbox"/>	再次申请医学评估表	需要项目医生填写并签字或盖章														
<input type="checkbox"/>	检查报告复印件	<ol style="list-style-type: none"> 1. 所有检查报告单需要项目医生签字或盖章 2. 检查报告 <p>以下为必须提供报告:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 骨龄 X 光片报告</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 血糖水平</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 血、尿常规</td> <td><input type="checkbox"/> 肝、肾功能</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 甲状腺功能</td> <td></td> </tr> </table> <p>以下为可提供报告:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><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</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> GH 激发试验结果</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 胰岛素水平</td> <td><input type="checkbox"/> 染色体核型分析</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 头部核磁报告</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 腹部 B 超等</td> <td></td> </tr> </table> <ol style="list-style-type: none"> 3. 必须提供的检查报告日期需在申请前 3 个月内 	<input type="checkbox"/> 骨龄 X 光片报告	<input type="checkbox"/> 血糖水平	<input type="checkbox"/> 血、尿常规	<input type="checkbox"/> 肝、肾功能	<input type="checkbox"/> 甲状腺功能		<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"/> GH 激发试验结果	<input type="checkbox"/> 胰岛素水平	<input type="checkbox"/> 染色体核型分析	<input type="checkbox"/> 头部核磁报告		<input type="checkbox"/> 腹部 B 超等	
<input type="checkbox"/> 骨龄 X 光片报告	<input type="checkbox"/> 血糖水平															
<input type="checkbox"/> 血、尿常规	<input type="checkbox"/> 肝、肾功能															
<input type="checkbox"/> 甲状腺功能																
<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"/> GH 激发试验结果															
<input type="checkbox"/> 胰岛素水平	<input type="checkbox"/> 染色体核型分析															
<input type="checkbox"/> 头部核磁报告																
<input type="checkbox"/> 腹部 B 超等																
<input type="checkbox"/>	购药发票复印件	<ol style="list-style-type: none"> 1. 发票抬头是患者本人，并有购药清单 2. 正规渠道购买 3 个月疗程的海之元® 治疗用药 3. 发票时间需为 2018 年 7 月 1 日后、项目终止日前的正规购药发票 / 收据 														
<input type="checkbox"/>	处方复印件	继续使用海之元® 治疗 3 个月的处方复印件 (需项目医院处方)														

您可以在准备好的资料前打勾。资料邮寄地址是：北京市 100010-03 信箱

(只接收邮政特快专递 EMS) “助力成长 关爱未来” 矮小症儿童公益援助项目办公室收

援助热线：010-86391781 (工作时间：周一至周五 9:00-17:30 法定节假日除外)