

心里程公益项目II期 医学条件确认表

申请人填写					
姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄：	手机号码
身份证号：			疾病确诊时间（必需）：		年 月
医保所在地	省 市	是否享受医保	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否全额报销	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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 <input type="checkbox"/> 其它				
项目医院			项目医生		
请项目医生填写					
病史与诊断	符合右侧哪种合并高危因素的既往心梗史	<input type="checkbox"/> 年龄≥65岁 <input type="checkbox"/> 需要药物治疗的糖尿病 <input type="checkbox"/> 既往心肌梗死复发、多血管冠状动脉疾病证据 <input type="checkbox"/> 慢性非终末期肾功能不全 <input type="checkbox"/> 其他			
	是否行PCI手术（必需）	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	植入支架个数（非必需）	<input type="checkbox"/> 1个 <input type="checkbox"/> 2个 <input type="checkbox"/> 其他	
	是否有颅内出血病史（非必需）	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
治疗情况	正在治疗的抗血小板药物	<input type="checkbox"/> 替格瑞洛 <input type="checkbox"/> 氯比格雷 <input type="checkbox"/> 其他			
	是否耐受倍林达（必需）	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	是否有血栓性事件发生	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	
	是否存在捐赠药品禁忌症	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 （禁忌症包括：对替格瑞洛或本品任何辅料成分过敏者。活动性病理性出血(如消化性溃疡或颅内出血)的患者。有颅内出血病史者。重度肝功能损害患者。因联合用药可导致替格瑞洛的暴露量大幅度增加，禁止替格瑞洛片与强效CYP3A4抑制剂(如：酮康唑、克拉霉素、蔡法唑酮、利托那韦和阿扎那韦)联合用药。)			
	治疗过程中是否有需要临床干预的大出血事件（必需）	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 [致命性或颅内出血、或伴有心包填塞的心包内出血、或由于出血所导致的低血容量休克或严重低血压需要升压药或手术、或临床显著或明显出血导致的血红蛋白下降(大于50g/L)、或因出血而输血4个单位或以上(全血或浓集红细胞[PRBC])等。显著的功能丧失(如眼内出血伴永久性失明)、或临床显著或明显出血有关的血红蛋白下降(30~50 g/L)、或因出血而输血2~3个单位(全血或PRBC)等]			
	其他抗血小板药物合用情况（非必需）	<input type="checkbox"/> 阿司匹林 <input type="checkbox"/> 其他：			
医生处方意见					
该患者是否符合入组的医学标准		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合			
备注：			项目医生签字： 项目医生盖章： 填表日期：		
1、项目医生签字并盖项目专用章。 2、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。					