

## 脊活新生——脊髓性肌萎缩症 SMA 患者援助项目 维持剂量随访表

文件 5

申请人填写				
姓名		年龄		本人/家属 联系方式
项目医院			项目医生	
项目医生填写部分				
与疾病类型	<input type="checkbox"/> CHOP INTEND 评分	<input type="checkbox"/> HINE-2 运动里程碑评分	<input type="checkbox"/> HFMSE 评分	
	<input type="checkbox"/> WHO 运动里程碑标准评分	<input type="checkbox"/> RULM 评分	<input type="checkbox"/> 其他量表, 请注明:	
相匹配的评分量表	以上请选择一项, 评估日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 评分: _____ <b>注: 评估日期需在填表日期前 90 天内</b>			
治疗情况	有无使用诺西那生钠注射液的禁忌症?		<input type="checkbox"/> 有 _____ <input type="checkbox"/> 无	
	末次使用诺西那生钠注射液治疗时间 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
疗效评估	总体临床印象以及症状改善情况: <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 维持 <input type="checkbox"/> 恶化			
患者是否出现不良事件	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	(若是, 请填写《不良事件报告表》并与本表一起提交)		
医生处方意见				
该患者符合本项目医学条件, 建议使用诺西那生钠注射液治疗, 治疗剂量 1 瓶 (5ml : 12mg), 援助治疗日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日				
项目医生签字		项目医生盖章		填表日期 ____ 年 ____ 月 ____ 日
<b>备注:</b> 1. 附上相应报告单: 血常规、尿常规、生化检查、凝血功能原件/复印件 (检查日期在填表日期前 14 天内), 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、涂改等) 造成此表格作废。 2. 请告知患者可能的需要调整援助药品注射时间的医学因素, 并请患者与项目医生确认后告知项目办公室调整后的注射时间。				