



中华慈善总会捷恪卫患者援助项目 申请人医学条件确认表（MF）

患者姓名		性别		年龄	
身份证号		电话			
以下内容在服药两个月后由注册医生填写					
医院名称			注册医生姓名		
疾病诊断	<input type="checkbox"/> 原发性骨髓纤维化（PMF） <input type="checkbox"/> 真性红细胞增多症继发的骨髓纤维化（PPV-MF） <input type="checkbox"/> 原发性血小板增多症继发的骨髓纤维化（PET-MF）				
染色体/分子生物学检查结果	JAK2V617F <input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性 MPL <input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性 CALR <input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性 其他基因突变 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 未检测 <input type="checkbox"/>				
首次确诊时间	_____年_____月_____日				
起始服药剂量	<input type="checkbox"/> 5mg BID <input type="checkbox"/> 10mg BID <input type="checkbox"/> 15mg BID <input type="checkbox"/> 20mg BID <input type="checkbox"/> 25mg BID				
近一个月内血小板计数	<input type="checkbox"/> $< 25 \times 10^9/L$ <input type="checkbox"/> $> 25 \times 10^9/L$				
捷恪卫治疗效果	<input type="checkbox"/> 服药有效 <input type="checkbox"/> 服药无效				
是否符合援助医学标准	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
下阶段推荐剂量	<input type="checkbox"/> 5mg BID <input type="checkbox"/> 10mg BID <input type="checkbox"/> 15mg BID <input type="checkbox"/> 20mg BID <input type="checkbox"/> 25mg BID				
备注					
注册医生签字			填表日期		

备注：

- 1、此表由注册医生（项目医务志愿者）亲自填写，不得空缺。如此表格有涂改，须注册医生在涂改处签字。
- 2、此表自填表之日起，有效期1个月。