

# 医学评估表

项目医院		朗沐医生	
<b>患者信息</b>			
姓名		年龄	性别 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
医保类型	<input type="radio"/> 医保 <input type="radio"/> 自费 <input type="radio"/> 低保	联系电话	
身份证号码			
<b>诊断情况</b>			
本次申请患眼	<input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 双眼	申请针数	<input type="checkbox"/> 一针 <input type="checkbox"/> 两针
诊断	<input type="checkbox"/> 湿性年龄相关性黄斑变性(wAMD) <input type="checkbox"/> 糖尿病性黄斑水肿 DME 引起的视力损害 <input type="checkbox"/> 脉络膜新生血管 ( CNV ) 导致的视力损害 <input type="checkbox"/> 视网膜静脉阻塞 ( RVO ) 导致的视力损害 其他：		
上一针领药时间			
<b>病史</b>			
伴随疾病			
过敏史	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 无	有 ( 请描述 )：	

朗视界沐光明  
公益基金

经诊断，该患者可使用“朗视界 沐光明”项目援助药品：康柏西普眼用注射液（朗沐）

朗沐医生：

日期：

我决定参加本项目，同意并严格遵守相关规定，自愿按照程序申请赠药，并遵从医嘱。

患者签字：

日期：

患教专员：

\*上述表格内容需如实填写，字迹清晰完整，项目医生签字笔迹需与项目办存档模板一致。

\*双眼患病患者，分眼申请时，申请材料患眼需分开左/右眼提交，并勾选本次申请患眼，不要勾选双眼。