首次申请医学评估表

**申请人申请日期联系电话**

**联系地址**

**就诊医师就诊医院就诊科室**

**是否享受医保：**□**是**□**否是否全额报销：**□**是**□**否**

**医保类型：**□**城镇职工医疗保险**□**城镇居民医疗保险**□**公费医疗**□**商业医疗保险**

□**农村合作医疗保险**□**军队系统医疗**□**其他**

**医保所属地：省市**

**申请人是否为托珠单抗注射液适应症患者**□**是**□**否**

**托珠单抗注射液适应症：用于治疗对改善病情的抗风湿药物（DMARDs）治疗应答不足的中到重度活动性类风湿关节炎的成年患者。**

**安全性评估（禁忌症）**

**1. 患者是否在感染活动期?**□**是**□**否**

**2. 是否已知患者对托珠单抗或者对任何辅料发生超敏反应？**□**是**□**否**

[ 禁忌症] 对托珠单抗或者对任何辅料发生超敏反应的患者禁用。感染活动期患者禁用。

**安全性评估（实验室和影像学检查）**

□肝功能　　　　□血常规

请提供以上报告复印件，并在方框中打勾

□由医生综合判断患者没有活动性肺结核□影像学检查（胸片或CT）

需勾选以上内容至少一项，并在方框中打勾

□乙肝两对半　　　　□HBV-DNA

请提供以上报告复印件（至少提供其中一项），并在方框中打勾

**患者是否既往使用过生物制剂：**□**是**□**否**

注意：

1. 患者在第一次接受托珠单抗注射液( 雅美罗®) 治疗前，医生必须进行相关检查排除活动性感染。包括结核、乙肝等特殊感染，慢性或复发性感染患者在开始治疗前应仔细评估使用托珠单抗治疗的利益和风险。

2. 医生通过PPD、T-SPOT、胸片影像学报告、肝功能、乙肝两对半（必要时提供HBV-DNA）进行结核、乙型肝炎病毒感染的评估：其中结核筛查的时效为首次托珠单抗注射液( 雅美罗®) 治疗前3 个月内，如诊断为潜伏性结核，使用托珠单抗注射液( 雅美罗®) 治疗前一个月，必须已开始一个完整疗程的规范抗痨治疗，并提供相关治疗病历记录；乙肝筛查的时效为首次生物制剂治疗前6 个月内，既往曾使用过生物制剂的患者，乙肝需每年复查一次，检查报告一年内有效。

3. 医生在托珠单抗注射液( 雅美罗®) 使用前需检测血常规, 肝功能。托珠单抗治疗可伴有中性粒细胞和血小板计数的减少。中性粒细胞计数减少（即ANC <2×109/L）的患者需慎用托珠单抗治疗。中性粒细胞绝对计数低于0.5×109/L 的患者不推荐使用托珠单抗治疗。应用托珠单抗，特别是合用甲氨蝶呤时可能会使肝转氨酶升高。

4. 连续使用托珠单抗注射液( 雅美罗®) 的患者，需密切随访。

5. 更多内容请参见托珠单抗注射液( 雅美罗®) 产品说明书。

其他意见：

患者使用托珠单抗注射液后是否有不良事件（包括实验室检查指标异常）发生：

□A 无不良事件

□B 如发生不良事件，请填写《不良事件报告表》，并与项目其它申请资料一起提交项目办

**医生评估意见：**

**医生评估意见：**

**患者经临床评估，需要并且适用托珠单抗注射液进行治疗**□**是**□**否**

**医生签名( 盖章):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

项目热线： 400-070-5839 周一至周五 9：00—17：00