

中国 T2DM 患者优化治疗公益援助项目

医学条件评估表

项目医生姓名		所在医院	
患者姓名		身份证号	
患者电话		联系地址	
电子邮箱		是否为 2 型糖尿病	☐ 是 ☐ 否
是否 eGFR $\geq$ 30mL/min/1.73 m ²	☐ 是 ☐ 否	是否年龄 $\geq$ 18 周岁	☐ 是 ☐ 否
是否预期能从瑞沁®治疗中获益	☐ 是 ☐ 否	是否有不可耐受不良反应	☐ 无 ☐ 有，简要说明：_____
目前降糖方案			
项目注册医生建议： 是否同意使用瑞沁®： ☐是 ☐否 计划使用开始时间：____年____月____日			
注册医生签字			

填表说明：

本表须由项目注册医生填写并签字确认，内容不得空缺，不得涂改，表格有效期为三个月。

注：T2DM 为 2 型糖尿病