附件2

单行支付药品和高值药品治疗方案/效果评估表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **(患者填写)**  **本人申请** | 身份证号码  （社会保障号码） |  | | 姓名 |  | | 性别 |  | | 年龄 |  | 身高 |  | | 体重 | |  | |
| 治疗机构名称 |  | | | | | | | | 治疗机构编码 |  | | | | | | | |
| **（医师填写）**  **治疗机构意见** | 疾病诊断: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治疗方案 | | | | | | 填表说明 | | | | 医师签章 |  | |  | |  | |  |
| 药品通用名 |  | | | |  | | | | |  | |  | |  | |  |
| 药品商品名 |  | | | |  | | | | |  | |  | |  | |  |
| 剂量 |  | | | | 单次用药剂量 | | | | |  | |  | |  | |  |
| 频次 |  | | | | 如每日一次、每周两次等 | | | | |  | |  | |  | |  |
| 给药途径 |  | | | | 如口服、静脉注射等 | | | | |  | |  | |  | |  |
| 一次治疗周期天数（天） |  | | | | 一次治疗所需的天数 | | | | |  | |  | |  | |  |
| 治疗周期数 |  | | | | 需要治疗的周期数 | | | | |  | |  | |  | |  |
| 治疗周期（天） |  | | | | 治疗周期=一次治疗周期天数\*治疗周期数 | | | | |  | |  | |  | |  |
| 治疗评估周期（天） |  | | | | 治疗评估周期不得超过认定标准规定的评估周期 | | | | |  | |  | |  | |  |
| 药品使用疗效评估 | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  |
| 肿瘤类别 | | | | 非肿瘤类别 | | | | | | 年 月 日 | | | | | | |
| 完全缓解 □ | | | | 病情好转 □ | | | | | | 医疗机构签章 | 审核 | |  | |  | |  |
| 部分缓解 □ | | | | 病情无变化 □ | | | | | |  | |  | |  | |  |
| 稳定 □ | | | | 病情反复 □ | | | | | | 负责人 | | | | | | |
| 进展 □ | | | | 病情恶化 □ | | | | | |  | |  | |  | |  |
| 无效 □ | | | | 其它 | | | | | |  | |  | |  | |  |
| 其他 | | | |  | | | | | |  | | (公章) | | | |  |
| 有效期 | 年 月 日 --- 年 月 日 | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | |
| **注意**  **事项** | 1、有效期时间=开始时间+治疗评估周期（天），且不超过一个治疗年度；  2、有效期内如用药及治疗发生变化，请及时到治疗机构进行疗效评估，通过疗效评估并上传新的治疗方案后产生的特殊药品费用方可报销；  3、有效期满后需要继续治疗的，须重新办理治疗方案申请手续。  4、异地参保患者的报销政策由参保地医保部门负责解释。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|
| **（患者填写）**  **本人承诺** | **本人郑重承诺：**我承诺对所提交的资料和此表填写内容真实性负责，自愿承担相应法律责任。  **（请仔细阅读上述内容，并确认签字）**  本人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| **患者**  **签名** |  | **联系**  **电话** |  | | | | **联系**  **地址** | |  | | | | | | | | | |
|