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** |  |
|