附件3

单行支付药品和高值药品治疗方案变更申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 身份证号码  （社会保障号码） | |  | |
| 治疗机构  名 称 |  | | | | | | 治疗机构编码 | |  |
| 申请病种 |  | | | | 医师签章 | 年 月 日 | | | |
| 病情诊断 |  | | | | | | | | |
|
| 原药品项目  编 码 | 原药品项目名称 | 用法用量 | | | 现药品项目编码 | 现药品项目名称 | 用法用量 | | |
| 用法 | 用量 | 治疗  周期 | 用法 | 用量 | 治疗周期 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **（责任医师填写）**  **变更原因** | □ 疾病进展（须留存疾病进展相关检查报告） | | | | | | | | |
| □ 原药品不耐受（须留存药品不耐受相关资料） | | | | | | | | |
| □ 其他（请注明原因）： | | | | | | | | |
| 医师签名： | | | | | | | | |
| **（患者填写）**  **本人承诺** | **本人郑重承诺：**  1.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。  2.存在变更用药后，不再享受原药品慈善赠药。  **（请仔细阅读上述内容，并确认签字）**  本人签字： 年 月 日 | | | | | | | | |
|
| **治疗机构 意见** | 审核： 负责人： 公章: 年 月 日 | | | | | | | | |
| **注意事项** | 1、通过变更的治疗方案需上传医保系统后开始生效。  2、异地参保患者的报销政策由参保地医保局负责解释。 | | | | | | | | |
|
|