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。 |
|
|