济南市“三定”管理“双通道”药品使用申请及评估表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 工作单位 |  | 身份证号 | |  | |
| 人员类别 | 职工医保□ 居民医保□  特殊人群人员□ 其 他□ | | | 是否异地 | 是□  否□ |
| “双通道”药品名称（商品名） |  | 联系电话 | |  | |
| “双通道”药品  定点医药机构 | 定点医疗机构： 定点零售药店： | | | | |
| 申请人签字（患者或监护人）： 申请日期： 年 月 日 | | | | | |
| **以上内容由患者本人或监护人填写** | | | | | |
| 疾病诊断 |  | 确诊时间 | | 年 月 日 | |
| “双通道”药品名称（商品名） |  | “双通道”药品使用  起始时间 | | 年 月 日 | |
| “双通道”  药品定点医疗机构意见 | 治疗方案：    “双通道”药品用法用量：    责任医师签字（章）： 医疗机构医保办盖章：  年 月 日 | | | | |
| “双通道”药品  定点零售药店意见 | 经办人：  药店盖章：  年 月 日 | | | | |

注：1.本表一式两份，定点医疗机构、定点药店各一份。2.患者申请需提供的材料：有效身份证件及相关医疗文书，包括诊断证明、基因检测报告（必要时）、病理诊断、影像报告、免疫组化报告、门诊病历、出院小结等。3.须满足申请药品适应症及限用条件。