附件4

江苏省医疗保险特药使用评估表

评估日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 社会保障卡卡号 |  | 身份证号 | |  | |
| 人员类别 | 职工医保 □ 居民医保 □ | | | | |
| 参保属地 | 市 区（县） | 工作单位 | |  | |
| 特药名称 |  | 联系电话 | |  | |
| 指定医院 |  | 家庭住址 | |  | |
| 申请人签字（患者本人） | |  | | | |
| 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 | |
| 特药名称 |  | 特药使用  起始时间 | | 年 月 日 | |
| 指  定  医  院  意  见 | 当前治疗方案：    （第 周期/月）  当前特药治疗方案属于：辅助□ 一线□ 二线□ 三级及以上□  是否需要继续使用该特药： 是□ 否□  该特药用法用量：  责任医师签单：  年 月 日 | | | | |

注：1、本表一式三份，医疗保险经办机构、特定药店、参保患者各持一份。