

# 附件 4

## 四川省基本医疗保险单行支付和高值药品病种认定表

|        |                                                                                                                                                            |    |    |           |              |    |                    |  |    |  |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----------|--------------|----|--------------------|--|----|--|
| 基本信息   | 患者姓名                                                                                                                                                       |    | 性别 |           | 年龄           |    | 身高                 |  | 体重 |  |
|        | 身份证号码                                                                                                                                                      |    |    |           | 单位名称         |    |                    |  |    |  |
|        | 认定机构名称                                                                                                                                                     |    |    |           | 患者参保地        |    |                    |  |    |  |
|        | 申请认定的病种：                                                                                                                                                   |    |    |           |              |    |                    |  |    |  |
| 认定机构意见 | 认定通过的病种：                                                                                                                                                   |    |    |           |              |    | 认定医生：<br><br>年 月 日 |  |    |  |
|        |                                                                                                                                                            |    |    |           |              |    |                    |  |    |  |
|        |                                                                                                                                                            |    |    |           |              |    |                    |  |    |  |
|        |                                                                                                                                                            |    |    |           |              |    |                    |  |    |  |
|        |                                                                                                                                                            |    |    |           |              |    |                    |  |    |  |
|        | 认定生效时间： 年 月 日                                                                                                                                              |    |    |           |              |    |                    |  |    |  |
|        |                                                                                                                                                            |    |    |           |              |    |                    |  |    |  |
|        | 建议治疗方案                                                                                                                                                     |    |    |           | 填表说明         |    | (公章)<br><br>年 月 日  |  |    |  |
|        | 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 |              |    |                    |  |    |  |
| 办理说明   | <p>1.通过病种认定的参保人员，应及时到治疗机构申请治疗，病种认定信息长期有效，治疗期间需要更换药品的，应重新申请病种认定；</p> <p>2.治疗期间因病情变化调整用药量的，需将调整原因和相关佐证资料上传特药系统；</p> <p>3.此表需具有认定资格的医师填写，可打印(或复印)给参保人员留存。</p> |    |    |           |              |    |                    |  |    |  |
| 患者签名   |                                                                                                                                                            | 联系 |    |           |              | 联系 |                    |  |    |  |
|        |                                                                                                                                                            | 电话 |    |           |              | 地址 |                    |  |    |  |