附件3

特殊药品使用申请备案表（样式）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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□ | | | | |
| 申请特药名称（通用名） | |  | 联系电话 |  | | |
| 定点医疗机构 | |  | 定点药店 |  | | |
| 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 |  | |  |  | | |
| 特药名称  （通用名） |  | |  |  | | |
| 医疗机构意见 | 治疗方案：  特药用法用量：  责任医师签字： | | | | | |
| 定点药店复核 | 定点药店执业医师签名：  年 月 日 | | | | | |

注：1.本表一式三份，患者、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（如需基因检测）、病理诊断、影像报告、免疫组化报告、门诊病历、出院小结等。

3.特药定点药店按月将本表格收集后交医保经办部门复核。