|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件四**  **南通市靶向治疗药品治疗评估表** | | | | | | | | | |
| 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□ 居民□ 离休□ 二乙□ | | | | | | | |
| 参保属地 | |  | | 工作单位 | | |  | | |
| 药品名称 | |  | | 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 | | | |
| 药品名称 |  | | 药品使用起始时间 | | | 年 月 日 | | | |
| 指定医院意见 | 当前治疗方案:  当前靶向治疗药品治疗方案属于;  辅助□ 一线□ 二线□ 三线及以上□  是否需继续使用该药品: 是□ 否□  该药品用法用量：   责任医师签章：    年 月 日 | | | | | | | | |
|
|
|

注：本表一式两份，医院医保办、参保患者各持一份