|  |
| --- |
| **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