

附件 8

## 单行支付药品和高值药品治疗方案效果评估表

(患者本人填写)	身份证号码 (社会保障号码)		姓名		性别		年龄		身高		体重	
	治疗机构名称						治疗机构国家编码					
治 ( 医师填写 ) 疗 ( 医疗机构填写 ) 机 构 意 见	疾病诊断:											
	治疗方案						填表说明					
	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					
	一次治疗周期天数 (天)						一次治疗所需的天数					
	治疗周期数						需要治疗的周期数					
	治疗周期 (天)						治疗周期=一次治疗周期天数*治疗周期数					
	治疗评估周期 (天)						治疗评估周期不得超过认定标准规定的评估周期					
	药品使用疗效评估											
	肿瘤类别					非肿瘤类别						
	完全缓解 <input type="checkbox"/>					病情好转 <input type="checkbox"/>						
	部分缓解 <input type="checkbox"/>					病情无变化 <input type="checkbox"/>						
稳定 <input type="checkbox"/>					病情反复 <input type="checkbox"/>							
进展 <input type="checkbox"/>					病情恶化 <input type="checkbox"/>							
无效 <input type="checkbox"/>					其它 <input type="checkbox"/>							
其他												
有效期		年 月 日		---		年 月 日		年 月 日				
注 意 事 项	1、有效期时间=开始时间+治疗评估周期 (天)，且不超过一个治疗年度； 2、有效期内如用药及治疗发生变化，请及时到治疗机构进行疗效评估，通过疗效评估并上传新的治疗方案后产生的特殊药品费用方可报销； 3、有效期满后需要继续治疗的，须重新办理治疗方案申请手续。 4、异地参保患者的报销政策由参保地医保部门负责解释。											
(患者本人填写) 本人承诺	本人郑重承诺：我承诺对所提交的资料和本表填写内容真实性负责，自愿承担相应法律责任。  (请仔细阅读上述内容，并确认签字)  本人签字：_____ 年 月 日											
患者签名				联系电话				联系地址				