

附件 2:

武汉市基本医疗保险“双通道”用药情况评估表

登记流水号:

申请时间: 年 月 日

姓名		性别		年龄	
社保卡号		身份证号			
人员类别	职工医保	<input type="checkbox"/> 居民医保	<input type="checkbox"/> 大学生医保	<input type="checkbox"/>	
工作单位		家庭住址		联系电话	
申请使用药品名称					
定点医院	名称:		编号:		
责任医师	姓名:		工号:		
定点药店					
申请人签字 (患者本人)					
以上内容有患者本人或监护人填写					
疾病诊断				确诊时间	
药品名称				使用起始时间	
定点医院意见	是否需要继续使用 该药品	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
	用法用量				
	复查建议	请于_____年_____月_____日前, 进行病情复查和用药评估。			
	责任医师意见	签名: 签章:			
	医保办意见	(盖章)			

定点药店	(盖章)
------	------

填表说明：

- 1、本表格用于参保人员使用“双通道”药品后定期进行复查评估时填报。
- 2、定点医院是设有“双通道”药品适用专业学科的三级医疗机构以及部分二级眼科专科医疗机构，为参保人员提供“双通道”用药资格认定、用药和病情复查评估等服务。
- 3、定点药店是具有“双通道”药品服务资格的定点零售药店。
- 4、附报：社保卡、身份证、相关疾病的病理检查报告和基因检测报告等病历资料。
- 5、本表一式三份，定点医院、定点药店和参保人员各留存一份。