附件 2

参保患者“双通道”管理及单独支付药品使用评估表

评估日期：　　年　　月　　日

姓　名		性别		年龄	
身份证号		参保属地		市　　区（县、市）	
参保类别	☐ 职工医保　　☐ 居民医保　　其他_____				
家庭住址		联系电话			
国谈药定点医疗机构					
申请人（患者本人）签字					
以上内容由患者本人或监护人填写					
疾病诊断		使用国谈药名称			
国谈药使用起始时间（本医疗年度）	年　　月　　日	评估周期	每_____月/次		
国谈药定点医疗机构意见	第_____次评估　　评估时间：_____ 评估结论：1、是否需继续使用该国谈药：　☐是　　☐否 2、用法用量是否应当调整：　☐是　　☐否 调整前的该药用法用量：_____ _____ 调整后的该药用法用量：_____ _____ 责任医师签章：　　年　　月　　日				