附件3

甘肃省谈判药品门诊使用诊疗手册

（范 本）

甘肃省医疗保障局 印制

甘肃省参保人员按“三定”管理谈判药品审核备案表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **个人信息** | 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 年龄 | 　 | 医保类别 | 　 |
| 社会保障号（身份证号） | 　 |
| 工作单位 | 　 |
| 选定的医疗机构 | 　 |
| 联系人 | 　 | 联系电话 | 　 |
| **谈判药品****使用计划** | 名称 | 剂型 | 规格 | 单价 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| **责任医师****意 见** | **责任医师临床使用依据** |
|   （盖章）责任医师（副主任医师以上签字）： 年 月 日 |
| **医疗机构医保管理部门意见** |   （盖章）负责人（签字）：  年 月 日 |

甘肃省参保人员按“三定”管理谈判药品使用情况登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **使用时间** | **名称** | **剂型** | **规格** | **用药数量** | **单价** | **药品总费用** | **用药调整意见** | **责任医师或执业药师签字** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：本手册一式一份，参保患者本人一份。

甘肃省参保人员按“三定”管理谈判药品评估表

 评估日期:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 身份证号 |  | 社会保障卡号 |  |
| 人员类别 |  | 联系电话 |  |
| 申请人（或监护人）签字 |  |
| 以下内容由责任医师填写 |
| 疾病诊断 |  | 确诊时间 | 年 月 日 |
| 特药名称 |  | 开始使用时间 |  |
| 定点医院评估意见 | 当前治疗方案 ：评估具体指标变化：是否继续用药： 是 □ 否□评估后特药用法用量：责任医师签字： 年 月 日定点医疗机构医保部门盖章： 年 月 日 |

**注：**一、每三个月评估一次，评估指标由责任医师确定；

二、本表一式两份，定点医疗机构机构、参保患者各一份（经评估停止用药的，请及时补充报送医保经办机构一份）。