附件2

湖北省单独支付药品复查评估表

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 | |  | | |
| 双通道定点  医疗机构 | |  | | | 双通道定点  零售药店 | |  | | |
| 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 | |  | | | 使用单独支  付药品名称 | |  | | |
| 单独支付  药品使用  起始时间  （本年度） | | 年 月 | 日 |  | 评估周期 | | 每 月/次 | | |
| 双通道定点医疗机构意见 | | 第 次评估 下一次评估日期： 年 月 日  评估结论：1、是否需继续使用该药品： □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： 医院医保管理部门盖章： 年 月 日 | | | | | | | |

注：1、本表一式三份，申请人、双通道定点医疗机构和医保经办机构各持一份，妥善保存备用。

2、单独支付药品复查评估需提供的材料：本表、相关病历资料或检查资料、医保电子凭证或有效身份证件或社保卡。