

## 附件4

### 四川省基本医疗保险单行支付和高值药品病种认定表

基 本 信 息	患者姓名	性别	年龄	身高	体重
	身份证号码	单位名称			
	认定机构名称	患者参保地			
	申请认定的病种：				
认 定 机 构 意 见	认定通过的病种：			认定医生：    年   月   日	
	认定生效时间：              年   月   日				
	建议治疗方案			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			
办 理 说 明	1.通过病种认定的参保人员，应及时到治疗机构申请治疗，病种认定信息长期有效，治疗期间需要更换药品的，应重新申请病种认定； 2.治疗期间因病情变化调整用药量的，需将调整原因和相关佐证资料上传特药系统； 3.此表需具有认定资格的医师填写，可打印(或复印)给参保人员留存。				
患者 签名	联系 电话	联系 地址			