

# 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									
							(公章)  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				