附件2

杭州市第二代长效针剂免费治疗申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生日期 | |  | |  |
| 身份证 |  | | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | |
| 患者电话 |  | | 监护人电话 | |  | | |
| 医保情况 | 医保类型：（1）职工医保（2）城乡居民医保 是否办理门诊规定病种：（1）是（2）否 | | | | | | |
| 疾病诊断 |  | | 确诊医院及时间 | | | |  | |
| 社区评估 | 经社区综合评估，患者存在以下情形：   * 近有肇事肇祸既往史或有肇事肇祸风险； * 家庭监护能力弱或无监护； * 治疗依从性差(既往 1 年内随访中存在漏服、停药、拒服口服药者)；   精防医生签字： 年 月 日 | | | | | | | |
| 患者（监护人）  意见 | 我已详细阅读并知晓《知情同意书》的内容。现为（患者 ）申请参加第二代长效抗精神病药物治疗。  申请人签名： 与患者关系：  年 月 日 | | | | | | | |
| 医学评估 | 使用纳入本市基本药物目录的第二代长效针剂药物，须经定点医疗机构医学专业评估。  简要病情描述：  医学建议（选择打“√”）  1.该患者适用第二代长效抗精神病药物（ ）  2.该患者不适用第二代长效抗精神病药物（ ） 原因：  医生签字： 年 月 日 | | | | | | | |
| 审批结果 | * 同意使用 不同意使用   街道盖章 年 月 日 | | | | | | | |

备注：社区评估属于“无监护”类别，且患者无民事行为能力的，由所在居（村）委员会按法定顺位联系指定监护人