附件 5

江苏省罕见病用药保障复检评估表

<table>
<tr><td>姓　名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>年龄</td><td></td><td>体重</td><td>公斤</td></tr>
<tr><td>身份证号</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">参保属地</td><td colspan="3">市　　区（县、市）</td></tr>
<tr><td>首次确诊时间</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">复检评估时间</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>诊断罕见病病种</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">治疗药品名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>指定诊断医疗机构</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">诊断责任医师</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>定点治疗医疗机构</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">治疗责任医师</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="8">一、原治疗方案
1、制定时间：　　年　　月　　日
2、治疗方案（含用法用量）：

二、复检评估情况
1、是否需要继续使用该治疗药品：

2、原治疗方案是否需要调整：

3、原治疗方案需要调整的诊断依据：

4、调整后的治疗方案（含用法用量）：

责任医师签字（章）：　　医院医保办审核签字（章）：　　年　　月　　日</td></tr>
</table>