

里葆多®使用申请及评估表

姓名		性别		年龄	
工作单位		身份证号			
人员类别	<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 居民医保 <input type="checkbox"/> 离休人员 <input type="checkbox"/> 其他				
社会保障卡号		联系电话			
特药定点医院		特药定点药店			
申请人签字（患者或监护人）		申请日期： 年 月 日			
以上内容由患者本人或监护人填写					
疾病诊断		确诊时间			
特药名称	里葆多®（盐酸多柔比星脂质体注射液）				
特药使用起始时间		预计下一疗程开始时间			
特药定点医疗机构意见	治疗方案				
	特药用法用量				
	责任医师签字（章） <div style="text-align: right;">年 月 日</div>				

患者申请需提供的材料：有效身份证件及相关医疗文书，包括诊断证明，基因检测报告（如需基因检测）病理学报告等。