**石家庄市城镇职工基本医疗保险丙型肝炎**

**门诊抗病毒治疗备案表**

用人单位（档案寄存机构）章：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | | |  | 年龄 | | |  | 卡号 | | |  |
| 身份证号 | |  | | | | | | | 联系电话 | | | |  | | |
| 治疗方案 | | 门诊采用干扰素或聚乙二醇干扰素联合利巴韦林治疗 | | | | | | | | | | | | | |
| 检查结果 | | 抗HCV | | | |  | | | | | | | | | |
| HCV-RNA | | | |  | | | | | | | | | |
| 肝功能 | | | |  | | | | | | | | | |
| 其它 | | | |  | | | | | | | | | |
| 专家组  意见 | | 治疗方案：  签字：（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 治疗起止时间 | | | 年 月 日 至 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 选择的定点医疗机构（盖章） |  | | | | | | | | | 填表时间 | | | |  | |
| 治疗6个月后专家评估意见 | 是否有效：是（ ）否（ ）  是否继续治疗：是（ ） 否 （ ）  治疗方案：  签字： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 医保经办机构 | 医疗审核科 | | | | 经办人（签字）： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 主管领导 | | | | 签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | |

注：1.本表用于认定丙型肝炎抗病毒治疗；

2.一式三份，参保患者、医院、医保经办机构各一份；就诊时携带本表；

3.每次认定有效期为6个月；

4.认定时附诊断证明原件，门诊病历、出院小结、检验报告单复印件。