广州市社会医疗保险参保人员临床试验信息备案表

医疗机构名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 出生日期 |  | |
| 医疗凭证（卡号）/身份证号 | | | |  | | | | |
| 参保人联系电话 | | | |  | | | | |
| 人员类别 | | □在职人员 □退休人员 □非从业居民  □老年居民 □未成年人及在校学生 □其他 | | | | | | |
| 入院时间 | |  | | | 出院时间 | |  | |
| 所在科室 | |  | | | 科室电话 | |  | |
| 临床试验项目名称 | |  | | | | | | |
| 病情摘要  及诊断 | |  | | | | | | |
| 试验方案中的费用构成情况（含第三方支付情况） | | 医师签名： 年 月 日 | | | | | | |
| 医保部门主要负责人签名 | |  | | | 医保部门  （盖章） | | |  |

备注：1.此表格一式两份，一份报送市医保中心各区经办机构，一份医院存档备查。2.医院不得将试验相关的检查、治疗、用药等项目纳入医保基金支付范围。