**绵阳市慢性粒细胞白血病和胃肠间质瘤患者诊断情况及使用酪氨酸激酶抑制剂备案申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **身份证号** |  |
| **单位** |  | **参保地** |  |
| **诊断** |  |
| **用药意见：** |
| **诊断医师：** |
| **治疗机构** |  | **患者签字** |  |
| **诊断医疗机构医务科意见：****（签章）****年 月 日** | **诊断医疗机构医保科意见****（签章）****年 月 日** | **医保经办机构意见****（签章）****年 月 日** |

本表一式三份，医保经办机构、诊断机构、参保人员各一份。