附件2

**丰台区门诊使用免费基本药品治疗严重精神障碍申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者基本情况 | 姓名 |  | 性别 | 男/女 | 年龄 | |  | 贴照片处(近半年2寸免冠彩色半身照) |
| 身份证号 |  | | | | | |
| 户籍地址：  北京市丰台区街道(乡镇)（小区)（门牌号） | | | | | | |
| 现住址：  北京市区(县)街道(乡镇)（小区）（门牌号） | | | | | | |
| 固话 |  | | 手机号 | | |  | |
| 患者监护人或家属基本情况 | 姓名 |  | | 与患者关系 | | |  | |
| 身份证号 |  | | | | | | |
| 具体住址 |  | | | | | | |
| 固定电话 |  | | 手机号 | |  | | |
| 患者监护人或家属签字 | | |  | | | | |
| 患者残疾证 | □无有(如有，请填写以下内容)  类别及等级：编号： | | | | | | | |
| 我已阅读《门诊使用免费基本药品治疗严重精神障碍服务患者知情同意  书》,了解有关服务流程和注意事项等，自愿申请参加丰台区门诊使用免费基本药品治疗严重精神障碍用药。  申请人签字：  年月日 | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | |

**丰台区门诊使用免费基本药品治疗严重精神障碍知情同意书**

为方便患者的治疗，基层医疗卫生机构将协助患者申请获取基本药品用于免费治疗严重精神障碍，并提供建立健康档案、开展访视指导、促进家庭康复等社区管理服务。在药物治疗和社区管理服务中存在以下风险及注意事项，特向您告知：

**一、风险及防范**

因精神疾病目前多为对症治疗，疗效具有一定不确定性，患者服药后可能转好、治愈，也可能无明显效果或病情反复；可能出现一些难以避免的药物不良反应，包括直立性低血压、锥体外系反应、粒细胞减少或缺乏、血糖升高、肝功能损害、肾功能衰竭、心脏功能损害、闭经，溢乳、体重增加(发胖)、色素沉着、口干、便秘、无力、嗜睡、尿潴留、视物不清、抽搐(癫痫发作)等，

少数患者可能发生猝死等严重不良反应。鉴于上述情况，患者在接受免费治疗过程中应做到：

(一)定期到指定医疗机构精神专科复诊和到相关医疗机构进行必要的血常规、生化、血药浓度、心电图等辅助检查。如出现病情波动或发生严重药物不良反应及躯体疾病时，及时到医院就诊。未定期复诊及未进行必要辅助检查的患者，如发生威胁生命的严重药物不良反应、合并症等情况，责任自负。

(二)服药过程中如出现精神疾病症状加重或复发，应及时到精

神专科医疗机构就诊。

**二、流程及注意事项**

(一)具有北京市户籍，经区县级及以上具有精神障碍诊疗资质的医疗机构确诊为六种严重精神障碍(精神分裂症，分裂情感性障碍，偏执性精神病，双相(情感)障碍，癫痫所致精神障碍，

精神发育迟滞伴发精神障碍)及纳入社区管理的其他精神障碍患者，已在所管辖区内社区卫生服务机构建立精神卫生个人健康档案，自愿接受社区服务管理和免费基本药品服务者，到丰台区现居住所在地社区卫生服务机构办理申请手续并签订知情同意书，符合相关条件者经区心理卫生中心审批后可享受门诊基本药品严重精神障碍免费治疗服务。

(二)接受门诊使用基本药品治疗严重精神障碍的患者，须配合社区精防医务人员的随访管理。监护人需根据社区精防医务人员要求，按规定到具有精神障碍诊疗资质的医疗机构开取精神科药品(优先推荐到指定医疗机构），并按期反馈患者疾病状态、诊疗、康复等相关信息，接受对患者的访视督导。

(三)基本药品免费治疗服务只针对居家和社区康复患者，患者在住院期间不享受门诊基本药品免费治疗服务。

(四)免费用药服务所涉及药物只限治疗患者精神障碍的相关药品及常用配伍药（详见《基本药品目录》），《基本药品目录》外药品需自行购买，其费用由个人负担。

(五)患者在医疗机构精神科门诊治疗时，应向接诊医生和收费人员出示《丰台区门诊患者基本药品使用记录手册》,对于目录内药品可凭处方到档案所属社区卫生服务机构免费领取；目录外药品不享受免费领取，需自行购买；对于一类精神药品，由区心理卫生中心发放到人。

（六）患者办理免费取药申请后，需在档案所属社区卫生服务机构免费取药。

（七）领取免费基本药品时，领药人应为患者本人或者委托书标明的被委托人，领药人须持规定的领药凭证和身份证件领药。患者监护人及家属应帮助患者妥善保管药品，督促患者按医嘱服药，不得擅自为患者加减药量或停药。

（八）办理免费取药患者每年只能在当年1月10日前更改一次指定免费取药机构，除档案所属社区卫生服务机构变更，本年度中途不能更换取药机构。

(九)拒绝访视、不遵从医嘱治疗的，不能享受门诊基本药品免费治疗服务。

**对上述风险及注意事项，医务人员已充分告知，我理解并同意**

**执行上述内容。**

|  |
| --- |
| 社区精防医务人员签名：  年月日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申请人签名： | |
|  | 年月日 |

**丰台区门诊使用免费基本药品治疗严重精神障碍审批表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本表由社区精防医务人员填写 | | | |
| 确诊医院： | | | |
| 疾病诊断：□精神分裂症口分裂情感性障碍□偏执性精神病  □双相(情感)障碍□癫痫所致精神障碍  □精神发育迟滞伴发精神障碍□其它： | | | |
| 特殊注意事项(伤人、自伤、冲动、药物禁忌等) | | | |
| 目前服用药品名称及用法用量 | | | |
| 通用名 | | 商品名 | 用法及用量 |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| 基层卫生服务机构 | 基层卫生服务机构意见：  精防医务人员签字：主管科室盖章  年月日 | | |
| 区级精防机构 | 区级精防机构审批意见：  经办人签字：  主管科室盖章  年月日 | | |

领取门诊使用免费基本药品治疗严重精神障碍委托书

我(患者)委托以下人员(被委托人)可持规定的领药凭证和被委托人身份证，代我领取治疗严重精神障碍所需免费基本药品。

特此声明。

患者(委托人)签名: 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被委托人姓名 | 被委托人电话 | 与患者的关系 | 患者（委托人）签名 | 日期 |
|  |  |  |  |  |

注：1.委托人需要**单独提供身份证复印件。**

2.患者监护人及家属委托代领药物的，也需**填写委托书及提供身份证复印件。**