

汕头市城乡儿童白血病和先心病治疗审批表

儿童姓名		性别		出生年月日			照片
监护人姓名		与儿童关系			电话		
身份证号 (社保证号)		家庭住址					
个人申请	申请人或监护人签字：年 月 日						
县（市、区）医 保经办机构意 见	(公章) 年 月 日						
救治医院复诊 意见：疾病诊断 (疾病病种必 填项)	医师签字： 年 月 日		定点医院管 理部门审批 意见		(公章) 年 月 日		
定点医院治 疗时间、费 用情况	患者于 年 月 日至 年 月 日因 治 (疾病种类)住院期间，于 年 月 日实施 疗(手术)，限额费用 元，实际住院医疗费 元。 (公章) 年 月 日						
注							

注：此表一式3份，分别由县（市、区）医保经办机构、救治医院和患者本人各存留一份。

重大疾病种类：1、儿童急性淋巴细胞白血病标危组；2、儿童急性淋巴细胞白血病中危组；3、儿童急性淋巴细胞白血病高危组；4、儿童急性早幼粒细胞白血病；5、儿童先天性房间隔缺损；6、儿童先天性室性间隔缺损；7、儿童先天性动脉导管未闭；8、儿童先天性肺动脉瓣狭窄。