

中国初级卫生保健基金会 生命绿洲患者援助公益基金
生命之钥 – 肿瘤免疫治疗患者援助项目
患者转诊申请表

患者姓名		性 别		年 龄	
家庭住址			联系方式		
患 者 申 请	请明确注明转出和转入的项目医院和药房 签字: 日期:				
接诊医院				项目医生	
接 诊 意 见	签字盖章: 日期:				
项 目 办 公 室 审 批	项目办公室意见: 经办人: 日期:				
	项目负责人签字:				

转诊要求:

- (1) 患者所在地设有项目医院才可提出转诊要求, 所在地无项目医院或其他原因要求转诊者不在此范围内。
- (2) 患者要在不影响治疗的原则下进行转诊, 以保证患者的治疗、检查、用药的连续性。
- (3) 需转诊患者必须在将要接诊的项目医生同意接受的情况下才能进行转诊。
- (4) 患者应按照第二条转诊程序办理转诊申请, 通过项目办审批同意并通知患者后, 方能转入新项目医生及药房处随访、领药。审批结果将由项目办公室同时通知患者、接诊项目医生和药房。

转诊程序:

- (1) 患者将已填好的《患者转诊申请表》寄或带到接诊的项目医生处, 有接诊项目医生在接诊意见处填写接诊医生意见并签名盖章。
- (2) 患者将填写好的患者本人、接诊项目医生意见的《患者转诊申请表》连同随访资料一同邮寄回项目办公室, 由项目办公室审批备案。
- (3) 项目办公室将新的药房联系方式和地址通知患者。患者在收到通知后按照要求到新的项目医生处就诊、用药, 到新的药房领取援助药品。