



西安交通大学 第二附属医院 (西北医院)

The Second Affiliated Hospital Of Xi'an Jiaotong University (Xibei Hospital)

特殊药品 医保政策汇编

2021年8月1日

目录

1. 麦格司他----- 1 页
2. 维得利珠单抗----- 2-3 页
3. 司来帕格----- 4 页
4. 罗沙司他----- 5 页
5. 波生坦----- 6 页
6. 利奥西呱----- 7-8 页
7. 马昔腾坦----- 9 页
8. 奥曲肽----- 10-11 页
9. 兰瑞肽----- 12 页
10. 泊沙康唑----- 13-14 页
11. 贝达喹啉----- 15 页
12. 德拉马尼----- 16 页
13. 奥马珠单抗----- 17-18 页
14. 丙酚替诺福韦----- 19 页
15. 艾尔巴韦格拉瑞韦----- 20 页
16. 来迪派韦索磷布韦----- 21 页

17. 索磷布韦维帕他韦-----	22 页
18. 艾考恩丙替-----	23 页
19. 雷替曲塞-----	24-25 页
20. 阿扎胞苷-----	26-27 页
21. 西妥昔单抗-----	28 页
22. 贝伐珠单抗-----	29 页
23. 尼妥珠单抗-----	30 页
24. 曲妥珠单抗-----	31-33 页
25. 帕妥珠单抗-----	34-35 页
26. 伊尼妥单抗-----	36 页
27. 信迪利单抗-----	37 页
28. 厄洛替尼-----	38-39 页
29. 阿法替尼-----	40-41 页
30. 奥希替尼-----	42-43 页
31. 安罗替尼-----	44-46 页
32. 克唑替尼-----	47-48 页
33. 塞瑞替尼-----	49-50 页
34. 阿来替尼-----	51-52 页

35. 培唑帕尼-----	53 页
36. 阿昔替尼-----	54 页
37. 索拉非尼-----	55-56 页
38. 瑞戈非尼-----	57-58 页
39. 舒尼替尼-----	59-61 页
40. 阿帕替尼-----	62-63 页
41. 呋喹替尼-----	64-65 页
42. 吡咯替尼-----	66 页
43. 尼洛替尼-----	67-68 页
44. 伊布替尼-----	69-70 页
45. 维莫非尼-----	71 页
46. 芦可替尼-----	72-73 页
47. 伊沙佐米-----	74-75 页
48. 培门冬酶-----	76 页
49. 奥拉帕利-----	77-78 页
50. 重组人血管内皮抑制素-	79 页
51. 西达本胺-----	80 页
52. 托法替布-----	81 页

53. 特立氟胺-----	82 页
54. 依维莫司-----	83-85 页
55. 阿达木单抗-----	86-88 页
56. 英夫利西单抗-----	89-92 页
57. 他氟前列素-----	93 页
58. 地塞米松-----	94-95 页
59. 康柏西普-----	96-97 页
60. 阿柏西普-----	98-99 页
61. 雷珠单抗-----	100-101 页
62. 地拉罗司-----	102 页
63. 氟维司群-----	103 页
64. 利妥昔单抗-----	104-105 页
65. 来那度胺-----	106-107 页
66. 硼替佐米-----	108-109 页
67. 阿比特龙-----	110 页
68. 艾曲泊帕乙醇胺-----	111 页
69. 重组人 II 型肿瘤坏死因子受体- 抗体融合蛋白-----	112-114 页

70. 戈利木单抗----- 115-116 页
71. 托珠单抗----- 117-118 页
72. 吉非替尼----- 119 页
73. 伊马替尼----- 120-121 页
74. 埃克替尼----- 122 页
75. 达沙替尼----- 123 页
76. 培美曲塞----- 124-125 页
77. 重组人凝血因子VIII----- 126 页
78. 重组人凝血因子IX----- 127 页
79. 重组人凝血因子 VIIa- 128-129 页
80. 阿伐曲泊帕-----130 页
81. 度普利尤单抗-----131-132 页
82. 可洛派韦-----133 页
83. 奈韦拉平齐多拉米双夫定
-----134 页
84. 艾博韦泰-----135 页
85. 替雷利珠单抗-----136-137 页
86. 特瑞普利单抗-----138 页

87. 卡瑞利珠单抗-----139-142 页
88. 氟马替尼-----143 页
89. 阿美替尼-----144-145 页
90. 泽布替尼-----146-147 页
91. 曲美替尼-----148-149 页
92. 达拉非尼-----150-151 页
93. 仑伐替尼-----152 页
94. 恩扎卢胺-----153-154 页
95. 尼拉帕利-----155-156 页
96. 西尼莫德-----157 页
97. 芬戈莫德-----158 页
98. 巴瑞替尼-----159 页
99. 贝利尤单抗-----160-161 页
100. 依那西普-----162-163 页
101. 司库奇尤单抗-----164-165 页
102. 尼达尼布-----166-167 页
103. 吡仑帕奈-----168 页
104. 鲁拉西酮-----169 页

- 105. 布南色林-----170 页
- 106. 帕利哌酮-----171 页
- 107. 棕榈帕利哌酮酯-----172 页
- 108. 氟丁苯那嗪-----173-174 页
- 109. 依达拉奉氯化钠-----175 页
- 110. 安立生坦-----176 页
- 111. 吡非尼酮-----177 页
- 112. 地舒单抗-----178 页
- 113. 吗替麦考酚酯-----179 页

药品名称：麦格司他

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限 C 型尼曼匹克病患者。

申报材料：

- 1.基因检测显示（NPC 或 NPC2）突变；
- 2.临床表现病历资料；
- 3.血常规（单核细胞和淋巴细胞显示特征空泡，约 8-10 个）；
- 4.诊断证明书。

申报科室：

小儿内科

责任医师：

杨琳 郭亚乐 李丹

药品名称：维得利珠单抗

剂 型：注射剂

支付范围限制 1：限中度至重度活动性克罗恩病的二线用药。

申报材料：

- 1.影像学或内镜检查报告；
- 2.病理学检查报告；
- 3.经传统治疗（糖皮质激素或免疫抑制剂）无效或不能耐受的病史资料；
- 4.诊断证明。

支付范围限制 2：中度至重度活动性溃疡性结肠炎的二线用药。

申报材料：

- 1.影像学或内镜检查报告；
- 2.sutherland 疾病活动指数提示中、重度活动；
- 3.一线治疗的病史资料；
- 4.诊断证明。

申报科室：

消化内科 普通外科

责任医师：

王进海 李路 刘欣

杨文彬 吉鸿 陆宏伟

药品名称：司来帕格

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限 WHO 功能分级 II 级-III 级的肺动脉高压（WHO 第 1 组）的患者。

申报材料：

1. 右心导管检查或 2 次以上三级医院的超声心动图（检查单要描述 II-III 级）；

2. 诊断证明。

申报科室：

风湿免疫科 呼吸与危重症医学科 心血管内科 干二老年心血管

责任医师：

李学义 张洁 和平 杨拴盈

韩振华 宋安齐 魏瑾 王国恩

张岁龙 金爱萍

药品名称：罗沙司他

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限慢性肾脏病引起贫血的患者。

申报材料：

1. 出院记录；
2. 诊断证明（需含有肾性贫血诊断）；3. ①贫血三项化验单（三项均异常）、②如贫血三项正常，则提供血常规化验单（血红蛋白〈90）。

申报科室：

小儿内科 肾病内科

责任医师：

肖延风 陈玺 徐尔迪

桂保松 付荣国 王莉

药品名称：波生坦

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：32mg/片（分散片）限 3-12 岁特发性或先天性肺动脉高压患者；125mg/片限 WHO 功能分级 II 级-IV 级的肺动脉高压（WHO 第 1 组）的患者。

申报材料：

1. 右心导管检查或 2 次以上三级医院的超声心动图（检查单要描述 II-IV 级）；
2. 诊断证明。

申报科室：

风湿免疫科 呼吸与危重症医学科
心血管内科 干二老年心血管

责任医师：

李学义 张洁 和平 杨拴盈 韩振华
宋安齐 魏瑾 王国恩 张岁龙 金爱萍

药品名称：利奥西呱

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限以下情况方可支付：1. 术后持续性或复发性慢性血栓栓塞性肺动脉高压（CTEPH）或不能手术的CTEPH，且（WHO FC）为II-III的患者；2.动脉性肺动脉高压（PAH）且（WHO FC）为II-III患者的二线用药。

申报材料：

1. 肺动脉压力测定；
2. 心脏超声；
3. 术后持续性或复发性慢性血栓栓塞性肺动脉高压（CTEPH）或不能手术的CTEPH的病史资料；
4. 诊断证明。

申报科室：

风湿免疫科 呼吸与危重症医学科

责任医师：

李学义 张洁 和平 杨拴盈

药品名称：马昔腾坦

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限 WHO 功能分级 II 级-III 级的肺动脉高压（WHO 第 1 组）的患者。

申报材料：

1. 导管检查或 2 次以上三级医院的超声心动图（检查单要描述 II-III 级）；
2. 诊断证明。

申报科室：

风湿免疫科 呼吸与危重症医学科
心血管内科

责任医师：

李学义 杨拴盈 张洁 和平
韩振华 宋安齐 魏瑾

药品名称：奥曲肽

剂 型：微球注射剂

支付范围限制 1：限胃肠胰内分泌肿瘤，按说明书用药。

申报材料：

1. 病理检查；
2. 出院小结；
3. 诊断证明。

申报科室：

消化内科 普通外科 干四普外科
肿瘤科

责任医师：

王进海 戴社教 郭晓燕 陈熹 杨文
彬 陆宏伟 王志东 张淑群 康华峰
咎瑛 宋玲琴

支付范围限制 2：肢端肥大症，按说明书

用药。

申报材料：

1. 出院小结；
2. 诊断证明。

申报科室：

内分泌科

责任医师：

徐静 王玉环 荆爱玉

药品名称：兰瑞肽

剂 型：缓释注射剂（预充式）

**支付范围限制：限肢端肥大症，按说明书
用药。**

申报材料：

1. 门诊病历或出院小结；
2. 生长激素和 IGF-1 检查结果（异常）。

申报科室：

内分泌科 神经外科

责任医师：

徐静 王玉环 荆爱玉

吕健 刘重霄 郭振宇

药品名称：泊沙康唑

剂 型：口服液体剂

支付范围限制 1：预防移植后（干细胞及实体器官移植）；

申报材料：

1. 诊断证明；
2. 住院病历首页。

支付范围限制 2：恶性肿瘤患者有重度粒细胞缺乏的侵袭性曲霉菌和念球菌感染；

申报材料：

1. 诊断证明；
2. 住院病历首页；
3. 支持粒细胞缺乏的检测结果。

支付范围限制 3：伊曲康唑或氟康唑难治性口咽念珠菌病；

申报材料：

1. 诊断证明;
2. 真菌相关实验室检测结果。

支付范围限制 4: 接合菌纲类感染。

申报材料:

1. 诊断证明;
2. 真菌相关实验室检测结果。

申报科室:

血液内科 小儿内科 干四普外科

责任医师:

何爱丽 赵万红 刘捷 杨云 陈玺

蒋安

药品名称：贝达喹啉

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限耐多药结核患者。

申报材料：

1. 胸片或 CT；
2. 耐多药病史资料；
3. 诊断证明。

申报科室：

胸外科

责任医师：

李少民 姜建涛 张澍

药品名称：德拉马尼

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限耐多药结核患者。

申报材料：

1. 胸片或 CT；
2. 耐多药病史资料；
3. 诊断证明。

申报科室：

胸外科

责任医师：

李少民 姜建涛 张淮

药品名称：奥马珠单抗

剂 型：注射剂

支付范围限制：限经吸入型糖皮质激素和长效吸入型 β_2 -肾上腺素受体激动剂治疗后，仍不能有效控制症状的中至重度持续性过敏性鼻炎患者，并需 IgE（免疫球蛋白 E）介导确诊证据。

申报材料：

1. 肺功能测定（异常）；
2. 支气管舒张试验（异常）；
3. 一氧化氮（异常）；
4. 血常规（嗜酸粒细胞异常）；
5. IgE 测定（异常）。

申报科室：

呼吸与危重症医学科 小儿内科

责任医师：

刘昀 方萍 杨拴盈

侯伟 李静 刘海燕

药品名称：丙酚替诺福韦

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限慢性乙型肝炎患者。

申报材料：

1. HBV-DNA 定量检测 (>1000) ；
2. 乙肝两对半定量检测 (异常) ；
3. 肝功检测 (异常) ；
4. 诊断证明。

申报科室：

感染科 消化内科

责任医师：

党双锁 刘拉羊 贾晓黎

郭晓燕 赵平 戴社教

药品名称：艾尔巴韦格拉瑞韦

剂 型：口服常释剂型

**支付范围限制：限经 HCV 基因分型检测
确诊为基因 1b 型的慢性丙型肝炎患者。**

申报材料：

1. HCV 抗体检测 (+) ；
2. HCV-RNA 检测 (+) ；
3. HCV 基因分检测；
4. 诊断证明。

申报科室：

感染科 消化内科

责任医师：

党双锁 刘拉羊 贾晓黎

李路 戴社教 万晓龙

药品名称：来迪派韦索磷布韦

剂 型：口服常释剂型

**支付范围限制：限经 HCV 基因分型检测
确诊为基因 1b 型的慢性丙型肝炎患者。**

申报材料：

1. HCV 抗体检测 (+) ；

2.HCV-RNA 检测 (+) ；

3.HCV 基因分检测；

4.诊断证明。

申报科室：

感染科 消化内科

责任医师：

党双锁 刘拉羊 贾晓黎

郭晓燕 王燕 程妍

药品名称：索磷布韦维帕他韦

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限经 HCV 基因分型检测确诊为基因 1b 型以外的慢性丙型肝炎患者。

申报材料：

1. HCV 抗体检测 (+) ；
2. HCV-RNA 检测 (+) ；
3. HCV 基因分检测；
4. 诊断证明。

申报科室：

感染科 消化内科

责任医师：

党双锁 刘拉羊 贾晓黎

王进海 万晓龙 邹百仓

药品名称：艾考恩丙替

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限艾滋病病毒感染。

申报材料：

1. 诊断证明；
2. HIV 抗体筛查试验和 HIV 补充试验。

申报科室：

感染科

责任医师：

党双锁 刘拉羊 贾晓黎

药品名称：雷替曲塞

剂 型：注射剂

支付范围限制：限氟尿嘧啶类药物不耐受的晚期结直肠癌患者。

申报材料：

1. 病理学或影像学检查；
2. 既往氟尿嘧啶类药物治疗后不耐受情况的病史资料；
3. 结直肠癌或(和)转移病理或影像学报告；
4. 诊断证明。

申报科室：

肿瘤科 肿瘤放疗科 消化内科 普通
外科 干四普外科

责任医师：

张淑群 昝瑛 白明华 李路 王深皓

陈熹 吉鸿 蒋安

药品名称：阿扎胞苷

剂 型：注射剂

支付范围限制 1：限成年患者中：国际预后评分系统（IPSS）中的中危-2 及高危骨髓增生异常综合征（MDS）；

申报材料：

1. 骨髓检查报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明。

支付范围限制 2：慢性粒-单核细胞白血病（CMML）；

申报材料：

1. 骨髓检查报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明。

支付范围限制 3：按照世界卫生组织

(WHO)分类的急性髓系白血病(AML)、骨髓原始细胞为 20-30%伴多系发育异常的治疗。

申报材料:

- 1.骨髓检查报告;
- 2.出院小结;
- 3.诊断证明。

申报科室:

血液内科 肿瘤科

责任医师:

何爱丽 赵万红 刘捷 杨云

张淑群 康华峰 咎瑛 惠文涛

药品名称：西妥昔单抗

剂 型：微球注射剂

支付范围限制：限 RAS 基因野生型的转移性结直肠癌。

申报材料：

1. 病理检查；
2. 基因检测报告；
3. 出院小结；
4. 诊断证明。

申报科室：

消化内科 普通外科 干四普外科 肿瘤科 肿瘤放疗科

责任医师：

王进海 戴社教 郭晓燕 王志东
陈熹 杨文彬 陆宏伟 张淑群 闵卫利
咎瑛 尹晓然 马红兵 王亚利 王中卫

药品名称：贝伐珠单抗

剂 型：注射剂

支付范围限制 1：限晚期转移性结直肠癌或晚期非鳞非小细胞肺癌。

支付范围限制 2：贝伐珠单抗联合信迪利单抗治疗肝细胞癌，用于既往未接受过系统治疗的不可切除或转移性肝细胞癌的一线治疗。

申报材料：

1. 病理学检查报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明。

申报科室：

普通外科 干四普外科 胸外科 肿瘤科
呼吸内科 感染科 肿瘤放疗科

责任医师：

陈熹 杨文彬 陆宏伟 王志东 杨拴盈
张洁 史红阳 李少民 姜建涛 张澍
马红兵 王亚利 王中卫 张淑群 咎璞
党双锁 刘拉羊 贾晓黎

药品名称：尼妥珠单抗

剂 型：注射剂

支付范围限制：限与放疗联合治疗表皮生长因子受体（EGFR）表达阳性的 III/IV 期鼻咽癌。

申报材料：

1. 病理学检查报告或影像学检查报告；
2. EGFR 阳性表达报告；
3. 出院小结；
4. 诊断证明（放疗联合治疗时间及治疗方案）。

申报科室：

耳鼻咽喉科 肿瘤科 肿瘤放疗科

责任医师：

任晓勇 侯瑾 祝康 马红兵

王中卫 张淑群 惠文涛

药品名称：曲妥珠单抗

剂 型：注射剂

支付范围限制 1：限 HER2 阳性的转移性乳腺癌；

申报材料：

1. 病理学检查报告（淋巴结转移不属于转移性乳腺癌）；

2. HER2 阳性(免疫组化 3+或 FISH 检查阳性)；

3. 出院小结；

4. 诊断证明。

支付范围限制 2：限 HER2 阳性的早期乳腺癌患者的辅助和新辅助治疗，支付不超过 12 个月；

申报材料：

1. 病理学检查报告（淋巴结转移不属于转

移性乳腺癌)；

2. HER2 阳性(免疫组化 3+或 FISH 检查阳性)；

3. 出院小结；

4. 诊断证明。

支付范围限制 3：限 HER2 阳性的转移性胃癌患者。

申报材料：

1. 病理学检查报告；

2. HER2 阳性；

3. 出院小结；

4. 诊断证明。

申报科室：

消化内科 肿瘤科 肿瘤放疗科

干四普外科

责任医师：

王进海 李路 戴社教 张淑群 康华

峰 咎瑛 惠文涛 马红兵

王亚利 王中卫 王志东

药品名称：帕妥珠单抗

剂 型：注射剂

支付范围限制 1：限 HER2 阳性的局部晚期、炎性或早期乳腺癌患者的新辅助治疗，且支付不超过 12 个月；

申报材料：

1. 病理学检查报告；
2. HER2 阳性表达；
3. 出院记录；
4. 诊断证明；
5. 新辅助治疗后须有局部晚期、炎性或早期的影像。

支付范围限制 2：限具有高复发风险 HER2 阳性早期乳腺癌患者的辅助治疗，且支付不超过 12 个月。

申报材料：

1. 病理学检查报告；
2. HER2 阳性表达；
3. 出院记录；
4. 诊断证明；
5. 辅助治疗须具有高复发风险早期病历资料。

申报科室：

肿瘤科 肿瘤放疗科

责任医师：

张淑群 康华峰 管海涛 白明华

王中卫

药品名称：伊尼妥单抗

剂 型：注射剂

支付范围限制：限 HER2 阳性的转移性乳腺癌：与长春瑞滨联合治疗已接受过 1 个或多个化疗方案的转移性乳腺癌患者。

申报材料：

1. 病理学检查报告；
2. HER2 阳性表达；
3. 诊断证明；
4. 与长春瑞滨联合治疗的病史资料。

申报科室：

肿瘤科 肿瘤放疗科 普通外科

责任医师：

张淑群 管海涛 康华峰

马红兵 王亚利 白明华

杨文彬 吉鸿 陆宏伟

药品名称：信迪利单抗

剂 型：注射剂

支付范围限制 1：限至少经过二线系统化疗的复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤的患者。

支付范围限制 2：贝伐珠单抗联合信迪利单抗治疗肝细胞癌，用于既往未接受过系统治疗的不可切除或转移性肝细胞癌的一线治疗。

申报材料：

1. 病理学检查报告；
2. 既往接受过一、二线系统化疗、复发或难治的病史资料；
3. 诊断证明。

申报科室：

血液内科 感染科 肿瘤科

肿瘤放疗科 胸外科

责任医师：何爱丽 赵万红 杨云

党双锁 刘拉羊 贾晓黎 张淑群

梁亮 白明华 马红兵 李少民

药品名称：厄洛替尼

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限表皮生长因子受体

(EGFR) 基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌患者。

申报材料：

1. 病理学检查报告；
2. EGFR 基因敏感突变；
3. 出院小结；
4. 诊断证明。

申报科室：

呼吸与危重症医学科 胸外科
肿瘤科 肿瘤放疗科

责任医师：

杨拴盈 张洁 史红阳 李少民
姜建涛 张潍 张淑群 梁亮

马红兵 王亚利 王中卫

药品名称：阿法替尼

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制 1：限具有 EGFR 基因敏感突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌，既往未接受过 EGFR-TKI 治疗；

申报材料：

1. 病理检查；
2. 基因检测报告；
3. 出院小结；
4. 诊断证明；
5. 既往未接受过 EGFR-TKI 治疗的病史资料。

支付范围限制 2：限含铂化疗期间或化疗后疾病进展的局部晚期或转移性鳞状组织学类型的非小细胞肺癌。

申报材料：

1. 病理检查;
2. 出院小结;
3. 诊断证明;
4. 既往接受含铂化疗病史资料。

申报科室:

呼吸与危重症医学科 肿瘤科
肿瘤放疗科

责任医师:

杨拴盈 张洁 史红阳 张淑群
惠文涛 尹晓然 马红兵 王亚利 王
中卫

药品名称：奥希替尼

剂 型：口服常释剂型

**支付范围限制 1：限表皮生长因子受体
(EGFR)外显子 19 缺失或外显子 21**

**(L858R) 置换突变的局部晚期或转移性
非小细胞癌 (NSCLC)成人患者的一线治
疗 (市医保新增限制条件)；**

申报材料：

1. 病理学检查报告；
2. 基因检测报告；
3. 出院小结；
4. 诊断证明；

**支付范围限制 2：限既往因表皮生长因子
受体 (EGFR) 酪氨酸激酶抑制剂 (TKI)
治疗时或治疗后出现疾病进展，并且经检
验确认存在 EGFR T790M 突变阳性的局**

部晚期或转移性非小细胞肺癌成人患者。

申报材料：

1. 病理学检查报告；
2. 基因检测报告；
3. 出院小结；
4. 诊断证明；
5. 既往表皮生长因子受体酪氨酸激酶抑制剂治疗资料。

申报科室：

呼吸与危重症医学科 肿瘤科

肿瘤放疗科

责任医师：

杨拴盈 张洁 史红阳 张淑群

闵卫利 梁亮 昝瑛 马红兵

王亚利 王中卫

药品名称：安罗替尼

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制 1：限既往至少接受过 2 种系统化疗后出现进展或复发的局部晚期或转移性非小细胞肺癌患者；

申报材料：

1. 病理学检查报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明；
4. 既往接受过 2 种系统化疗无效的病史资料；

支付范围限制 2：限既往至少接受过 2 种化疗方案后进展或复发的小细胞肺癌患者（市医保新增限制条件）；

申报材料：

1. 病理学检查报告；

2. 出院小结；
3. 诊断证明；
4. 既往接受过2种系统化疗无效的病史资料；

支付范围限制3：限腺泡状软组织肉瘤、透明细胞肉瘤以及既往至少接受过含蒽环类化疗方案治疗后进展或复发的其他晚期软组织肉瘤患者（市医保新增限制条件）。

申报材料：

1. 病理学检查报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明；
4. 既往接受过含蒽环类的病史资料。

申报科室：

呼吸与危重症医学科 普通外科

肿瘤科 肿瘤放疗科

责任医师：

杨拴盈 张洁 史红阳

陈熹 杨文彬 陆宏伟

张淑群 闵卫利 宋玲琴 咎瑛

马红兵 王亚利 王中卫

药品名称：克唑替尼

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：

1. 限间变性淋巴瘤激酶（ALK）阳性的局部晚期患者；
2. 转移性非小细胞肺癌患者；
3. ROS1 阳性的晚期非小细胞肺癌患者。

申报材料：

1. 病理学检查报告；
2. 基因检测报告；
3. 出院小结；
4. 诊断证明。

申报科室：

呼吸与危重症医学科 肿瘤科

肿瘤放疗科

责任医师：

杨拴盈 张洁 史红阳

张淑群 闵卫利 梁亮 昝瑛

马红兵 王亚利 王中卫

药品名称：塞瑞替尼

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：

1. 限间变性淋巴瘤激酶（ALK）阳性局部晚期患者；
2. 限转移性非小细胞肺癌患者。

申报材料：

1. 病理学检查报告；
2. 基因检测报告；
3. 出院小结；
4. 诊断证明。

申报科室：

呼吸与危重症医学科 肿瘤科
肿瘤放疗科

责任医师：

杨拴盈 张洁 史红阳

张淑群 赵阳 咎瑛 梁亮

马红兵 王亚利 王中卫

药品名称：阿来替尼

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：

1. 限间变性淋巴瘤激酶（ALK）阳性的局部晚期患者；
2. 限转移性非小细胞肺癌患者。

申报材料：

1. 影像学检查报告；
2. 病理学诊断报告；
3. 血液/组织基因检测 ALK 阳性；
4. 诊断证明。

申报科室：

呼吸与危重症医学科 肿瘤科

肿瘤放疗科 胸外科

责任医师：

杨拴盈 杨侠 张淑群 康华峰

管海涛 马红兵 金迎迎 李少民

药品名称：培唑帕尼

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限晚期肾细胞癌患者的一线治疗或曾经接受过细胞因子治疗的晚期肾细胞癌的治疗。

申报材料：

1. 病理学检查报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明；
4. 曾接受一线治疗和细胞因子治疗的病史资料。

申报科室：

泌尿外科 肿瘤科 肿瘤放疗科

责任医师：

种铁 陈海文 李和程 张淑群 管海涛
尹晓然 昝瑛 马红兵 王亚利 王中卫

药品名称：阿昔替尼

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限既往接受过一种酪氨酸激酶抑制剂或细胞因子治疗失败的进展期肾细胞癌(RCC)的成人患者。

申报材料：

1. 病理学检查报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明；
4. 既往接受一种酪氨酸激酶抑制剂或细胞因子治疗失败的进展期相关治疗资料。

申报科室：

泌尿外科 肿瘤科 肿瘤放疗科

责任医师：

种铁 陈海文 李和程 张淑群 康华峰
宋玲琴 惠文涛 马红兵 王亚利 王中卫

药品名称：索拉非尼

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制 1：限不能手术的肾细胞癌；

申报材料：

1. 病理报告或影像学检查报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明；

支付范围限制 2：限不能手术或远处转移的肝细胞癌；

申报材料：

1. 病理报告或影像学检查报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明；

支付范围限制 3：限放射性碘治疗无效的局部复发或转移性、分化型甲状腺癌。

申报材料：

1. 病理报告或影像学检查报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明；
4. 放射性碘治疗无效的病史资料。

申报科室：

泌尿外科 感染科 普通外科 干四普外科
肿瘤科 肿瘤放疗科 消化内科

责任医师：

种铁 陈海文 李和程 党双锁 刘拉羊
贾晓黎 陈熹 杨文彬 陆宏伟 蒋安
张淑群 咎瑛 马红兵 王中卫 王进
海 李路 戴社教

药品名称：瑞戈非尼

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制 1：限肝癌细胞癌二线治疗；

申报材料：

1. 病理检查或影像学检查报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明；
4. 既往接受过一线治疗病史资料；

支付范围限制 2：限转移性结直肠癌三线治疗；

申报材料：

1. 病理检查或影像学检查报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明；
4. 既往接受过一线、二线治疗病史资料；

支付范围限制 3：限胃肠道间质瘤三线治

疗。

申报材料：

1. 病理检查或影像学检查报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明；
4. 既往接受过一线、二线治疗病史资料。

申报科室：

消化内科 普通外科 干四普外科

感染科 肿瘤科 肿瘤放疗科

责任医师：

王进海 戴社教 郭晓燕

陈熹 杨文彬 陆宏伟 蒋安

党双锁 薛红安 刘拉羊

张淑群 闵卫利 梁亮 惠文涛

马红兵 王亚利 王中卫

药品名称：舒尼替尼

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制 1：限不能手术的晚期肾细胞癌（RCC）；

申报材料：

1. 病理检查；
2. 出院小结；
3. 诊断证明；
4. 既往诊治相关资料；

支付范围限制 2：限甲磺酸伊马替尼治疗失败或不能耐受的胃肠间质瘤（GIST）；

申报材料：

1. 病理检查；
2. 出院小结；
3. 诊断证明；
4. 甲磺酸伊马替尼治疗失败或不能耐受

病史资料；

支付范围限制 3：限不可切除的，转移性
高分化进展期胰腺神经内分泌瘤（pNET）
成人患者。

申报材料：

1. 病理检查；
2. 出院小结；
3. 诊断证明；
4. 既往诊治相关资料。

申报科室：

泌尿外科 消化内科 普通外科
干四普外科 肿瘤科 肿瘤放疗科

责任医师：

种铁 陈海文 李和程
王进海 戴社教 郭晓燕
陈熹 杨文彬 陆宏伟 王志东 康华

峰 管海涛 咎瑛 宋玲琴 马红兵
王亚利 王中卫

药品名称：阿帕替尼

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限既往至少接受过2种系统化疗后进展或复发的晚期胃腺癌或胃-食管结合部腺癌患者。

申报材料：

1. 病理报告和2种系统化疗后的影像学检查报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明；
4. 既往至少接受过2种系统化疗后进展或复发的病史资料。

申报科室：

消化内科 胸外科 普通外科

干四普外科 肿瘤科 肿瘤放疗科

责任医师：

王进海 李路 戴社教

李少民 姜建涛 张淮 陈熹

杨文彬 陆宏伟 王志东

张淑群 尹晓然 马红兵 王亚利

药品名称：呋喹替尼

剂 型：口服常释剂型

**支付范围限制：限转移性结直肠癌患者的
三线治疗。**

申报材料：

1. 病理学检查报告；
2. 影像学检查报告；
3. 出院记录；
4. 一线、二线药物治疗失败或不能耐受的
病史资料；
5. 诊断证明。

申报科室：

消化内科 普通外科 干四普外科 肿
瘤科 肿瘤放疗科

责任医师：

刘欣 戴菲 陈熹 杨文彬

王志东 张淑群 答瑛 白明华

药品名称：吡咯替尼

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限表皮生长因子受体 2

（HER2）阳性的复发或转移性乳腺癌患者的二线治疗。

申报材料：

1. 病理学或影像学检查；
2. HER2 阳性表达；
3. 一线药物治疗病史资料；
- 4 诊断证明。

申报科室：

肿瘤科 肿瘤放疗科

责任医师：

张淑群 康华峰 管海涛

白明华 王中卫

药品名称：尼洛替尼

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制 1：限治疗新诊断的费城染色体阳性的慢性髓性白血病（Ph+ CML）慢性期成人患者；

申报材料：

1. 骨髓检查报告（费城染色体阳性或者融合基因阳性）；
2. 出院小结；
3. 诊断证明；

支付范围限制 2：限对既往治疗（包括伊马替尼）耐药或不耐受的费城染色体阳性的慢性髓性白血病（Ph+ CML）慢性期或加速期成人患者。

申报材料：

1. 骨髓检查报告（费城染色体阳性或者融合

合基因阳性)；

2. 出院小结；

3. 诊断证明；

4. 既往治疗伊马替尼耐药或不耐受的病史资料。

申报科室：

血液内科 肿瘤科 肿瘤放疗科

责任医师：

何爱丽 赵万红 刘捷 杨云

张淑群 管海涛 宋玲琴 咎瑛

马红兵 王亚利 王中卫

药品名称：伊布替尼

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制 1：既往至少接受过一种治疗的套细胞淋巴瘤（MCL）患者的治疗；

申报材料：

1. 病理检查报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明；
4. 既往接受过其他治疗病史资料；

支付范围限制 2：慢性淋巴细胞白血病/小淋巴细胞淋巴瘤（CLL/SLL）患者的治疗；

申报材料：

1. 骨髓检查报告或流式细胞术检测报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明；

支付范围限制 3：华氏巨球蛋白血症患者

的治疗，按说明书用药（省、市新增限制条件）。

申报材料：

1. 骨髓检查报告或流式细胞术检测报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明。

申报科室：

血液内科 肿瘤科 肿瘤放疗科

责任医师：

何爱丽 赵万红 刘捷 杨云

张淑群 马小斌 梁亮 惠文涛

马红兵 王亚利 王中卫

药品名称：维莫非尼

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：治疗经 CFDA 批准的检测方法确定的 BRAF V600 突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤。

申报材料：

1. 病理检查；
2. 基因检测报告；
3. 出院小结；
4. 诊断证明。

申报科室：

肿瘤科 肿瘤放疗科 干四普外科

责任医师：

代志军 闵卫利 昝瑛 惠文涛

马红兵 王亚利 王中卫 蒋安

药品名称：芦可替尼

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制 1：限中危或高危的原发性骨髓纤维化（PMF）；

申报材料：

1. 骨髓病理学检查；
2. 诊断证明；

支付范围限制 2：真性红细胞增多症继发的骨髓纤维化（PPV-MF）；

申报材料：

1. 骨髓病理学检查；
2. 诊断证明；
3. 继发性骨髓纤维化需提供真性红细胞增多症；

支付范围限制 3：原发性血小板增多症继发的骨髓纤维化（PET-MF）的患者。

申报材料：

1. 骨髓病理学检查；
2. 诊断证明。

申报科室：

血液内科

责任医师：

何爱丽 赵万红 刘捷 杨云

药品名称：伊沙佐米

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：

1. 限每2个疗程需提供治疗有效的证据后方可继续支付；
2. 限由三级医院血液专科或血液专科医院医师处方；
3. 限与来那度胺联合使用时，只支付伊沙佐米或来那度胺中的一种。

申报材料：

1. 骨髓检查报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明；
4. 既往接受过其他治疗资料。

申报科室：

血液内科 肿瘤科 肿瘤放疗科

责任医师：

何爱丽 赵万红 刘捷 杨云

张淑群 代志军 梁亮 惠文涛

马红兵 王亚利 王中卫

药品名称：培门冬酶

剂 型：注射剂

**支付范围限制：儿童急性淋巴细胞白血病
患者的一线治疗。**

申报材料：

1. 骨髓检查报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明。

申报科室：

小儿内科 血液内科

责任医师：

肖延风 陈玺 徐尔迪

何爱丽 赵万红 刘捷 杨云

药品名称：奥拉帕利

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制 1：限携带胚系或体细胞

BRCA 突变的 (gBRCAm 或 sBRCAm) 晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌初治成人患者在一线含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗（市医保新增限制条件）；

申报材料：

1. 出院记录；
2. 病理学或影像学检查报告；
3. 铂敏感的病史资料；
4. 诊断证明；
5. 既往用过一线含铂治疗的病史资料；

支付范围限制 2：限铂敏感的复发性上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患

者。

申报材料：

1. 出院记录；
2. 病理学或影像学检查报告；
3. 铂敏感的病史资料；
4. 诊断证明。

申报科室：

妇产科 肿瘤科 肿瘤放疗科
干四普外科

责任医师：

薛翔 段钊 张淑群 惠文涛
宋玲琴 王亚利 任宏涛 蒋安

药品名称：重组人血管内皮抑制素

剂 型：注射剂

支付范围限制：限晚期非小细胞肺癌患者。

申报材料：

1. 病理报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明。

申报科室：

呼吸与危重症医学科 胸外科

肿瘤科 肿瘤放疗科

责任医师：

杨拴盈 张洁 史红阳 李少民

姜建涛 张淮 张淑群 惠文涛 马红

兵 王亚利 王中卫

药品名称：西达本胺

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限既往至少接受过 1 次全身化疗的复发或难治的外周 T 细胞淋巴瘤（PTCL）患者。

申报材料：

1. 病理报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明；
4. 既往至少接受过 1 次全身化疗的病史资料。

申报科室：

血液内科 肿瘤科

责任医师：

何爱丽 赵万红 刘捷 杨云

张淑群 咎瑛

药品名称：托法替布

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限诊断明确的类风湿关节炎经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%者，并需风湿病专科医师处方。

申报材料：

1. 类风湿因子阳性或抗环瓜氨酸抗体阳性或抗角蛋白抗体阳性；
2. 诊断证明；
3. 经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动下降的病史资料。

申报科室：

风湿免疫科

责任医师：

李学义

药品名称：特立氟胺

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限常规治疗无效的多发性硬化患者。

申报材料：

1. 影像学报告；
2. VEP 或 ABR 或 SEP 电生理检查报告或脑脊液检查报告；
3. 常规治疗无效的病史资料；
4. 诊断证明。

申报科室：

神经内科 小儿内科

责任医师：

张桂莲 展淑琴 张茹

杨琳 郭亚乐 李丹

药品名称：依维莫司

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制 1：接受舒尼替尼或索拉非尼治疗失败的晚期肾细胞癌成人患者；

申报材料：

1. 病理报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明；
4. 接受舒尼替尼或索拉非尼治疗失败的病史资料；

支付范围限制 2：不可切除的、局部晚期或转移性的、分化良好的（中度分化或高度分化）进展期胰腺神经内分泌瘤成人患者；

申报材料：

1. 病理报告；

2. 出院小结;

3. 诊断证明;

支付范围限制 3: 无法手术切除的、局部晚期或转移性的、分化良好的、进展期非功能性胃肠道或肺源神经内分泌肿瘤患者;

申报材料:

1. 病理报告;

2. 出院小结;

3. 诊断证明;

支付范围限制 4: 不需立即手术治疗的结节性硬化症相关的肾血管平滑肌脂肪瘤 (TSC-AML)成人患者;

申报材料:

1. 病理报告或影像学检查报告符合结节性硬化症相关的肾血管平滑肌脂肪瘤;

2. 出院小结;

3. 诊断证明;

支付范围限制 5: 不能手术的结节性硬化症相关的室管膜下巨细胞星型细胞瘤的患者。

申报材料:

1. 病理报告;

2. 出院小结;

3. 诊断证明。

申报科室:

泌尿外科 普通外科 消化内科
肿瘤科

责任医师:

种铁 陈海文 李和程 陈熹 杨文彬
陆宏伟 王进海 李路 戴社教
张淑群 惠文涛 尹晓然

药品名称：阿达木单抗

剂 型：注射剂

支付范围限制 1：限诊断明确的类风湿关节炎经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%者；并需风湿病专科医师处方；

申报材料：

1. 类风湿因子阳性或抗环瓜氨酸抗体阳性或抗角蛋白抗体阳性；
2. 诊断证明；
3. 经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动下降的病史资料；

支付范围限制 2：限对系统性治疗无效、禁忌或不耐受的中重度斑块状银屑病患者，需按说明书用药；

申报材料：

1. 临床表现（门诊病历或入院记录）；
2. 对环孢霉素、甲氨蝶呤、光化学疗法或其他系统治疗无效、禁忌或不耐受的慢性中重度斑块银屑病一年以内及一月之前的病史资料；
3. 诊断证明；

支付范围限制 3：限诊断明确的强直性脊柱炎（不含放射学前期中轴性脊柱关节炎）NSAIDs 充分治疗 3 个月疾病活动度下降低于 50%者；并需风湿病专科医师处方。

申报材料：

1. X 线检查或骶髂关节 CT；
2. 诊断证明；
3. 经 NSAIDs 治疗 3 个月疾病活动下降的

病史资料。

申报科室：

风湿免疫科 皮肤科

责任医师：

李学义 耿松梅 肖生祥 郑焱

王万卷

药品名称：英夫利西单抗

剂 型：注射剂

支付范围限制 1：限诊断明确的类风湿关节炎经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%者，并需风湿病专科医师处方；

申报材料：

1. 类风湿因子阳性或抗环瓜氨酸抗体阳性或抗角蛋白抗体阳性；
2. 诊断证明；
3. 经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动下降的病史资料；

支付范围限制 2：诊断明确的强直性脊柱炎（不含放射学前期中轴性脊柱关节炎）NSAIDs充分治疗3个月疾病活动度下降低于50%者；并需风湿病专科医师处方；

申报材料：

1. X 线检查或骶髂关节 CT；
2. 诊断证明；
3. 经 NSAIDs 治疗 3 个月疾病活动下降的病史资料；

支付范围限制 3： 限对系统性治疗无效、禁忌或不耐受的重度斑块状银屑病患者，需按说明书用药；

申报材料：

1. 临床表现（门诊病历或入院记录）；
2. 对环孢霉素、甲氨蝶呤、光化学疗法或其他系统治疗无效、禁忌或不耐受的慢性中重度斑块银屑病一年以内及一月之前的病史资料；
3. 诊断证明；

支付范围限制 4： 限克罗恩病患者的二线

治疗；

申报材料：

1. 内镜检查；
2. 消化科住院病历；
3. 诊断证明；
4. 既往一线治疗的病史资料；

支付范围限制 5：限中重度溃疡性结肠炎患者的二线治疗。

申报材料：

1. 内镜检查；
2. 出院小结；
3. 诊断证明。

申报科室：

风湿免疫科 消化内科 皮肤科

责任医师：

肖生祥 耿松梅 郑焱 李学义

王进海 李路 戴社教

耿松梅 肖生祥 郑焱

药品名称：他氟前列素

剂 型：滴眼剂

支付范围限制：青光眼

申报材料：

1. 诊断证明；
2. 眼压检测结果（异常）。

申报科室：

眼科

责任医师：

王建明 权彦龙 郑玉萍

药品名称：地塞米松

剂 型：玻璃体内植入剂

支付范围限制：限视网膜静脉阻塞（RVO）

的黄斑水肿患者，并应同时符合以下条件：

1. 需三级综合医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处方；
2. 首次处方时病眼基线矫正视力 0.05-0.5；
3. 事前审查后方可用，初次申请需有血管造影或 OCT（全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管成像）证据；
4. 每眼累计最多支付 5 支，每个年度最多支付 2 支。

申报材料：

1. 眼底检查；

2. 初次申请需有眼底血管造影或 OCT
（全身情况不允许的患者可以提供 OCT
血管成像）证据；
3. 首次申请时病眼基线矫正视力
0.05-0.5；
4. 诊断证明。

申报科室：

眼科

责任医师：

王建明 权彦龙 郑玉萍

药品名称：康柏西普

剂 型：眼用注射液

支付范围限制：限以下疾病：

1. 50 岁以上的湿性年龄相关性黄斑变性（AMD）；

2. 糖尿病性黄斑水肿（DME）引起的视力损害；

3. 脉络膜新生血管（CNV）导致的视力损害。

应同时符合以下条件：

1. 需三级综合医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处方；

2. 首次处方时病眼基线矫正视力 0.05-0.5；

3. 事前审查后方可用，初次申请需有血管造影或 OCT（全身情况不允许的患者可以

提供 OCT 血管成像) 证据;

4.每眼累计最多支付 9 支, 第 1 年度最多支付 5 支。

阿柏西普、雷珠单抗和康柏西普的药品支数合并计算。

申报材料:

1. 眼底检查;
2. 出院小结;
3. 血管造影剂 OCT (全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管成像);
4. 病眼基线矫正视力 0.05-0.5 ;
5. 诊断证明。

申报科室:

眼科

责任医师:

王建明 权彦龙 郑玉萍

药品名称：阿柏西普

剂 型：眼内注射溶液

支付范围限制：限以下疾病：

1.50 岁以上的湿性年龄相关性黄斑变性（AMD）；

2.糖尿病性黄斑水肿（DME）引起的视力损害。

应同时符合以下条件：

1. 需三级综合医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处方；

2. 首次处方时病眼基线矫正视力 0.05-0.5；

3. 事前审查后方可用，初次申请需有血管造影或 OCT（全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管成像）证据；

4.每眼累计最多支付 9 支，第 1 年度最多

支付5支。

阿柏西普、雷珠单抗和康柏西普的药品支数合并计算。

申报材料：

1. 眼底检查；
2. 初次申请需有眼底血管造影或 OCT（全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管成像）证据；
3. 首次申请时病眼基线矫正视力 0.05-0.5；
4. 诊断证明。

申报科室：

眼科

责任医师：

王建明 权彦龙 郑玉萍

药品名称：雷珠单抗

剂 型：注射剂

支付范围限制：限以下疾病：

1.50 岁以上的湿性年龄相关性黄斑变性（AMD）；

2.糖尿病性黄斑水肿（DME）引起的视力损害；

3.脉络膜新生血管（CNV）导致的视力损害；

4.继发于视网膜静脉阻塞（RVO）的黄斑水肿引起的视力损害。

应同时符合以下条件：

1. 需三级综合医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处方；

2. 首次处方时病眼基线矫正视力 0.05-0.5；

3. 事前审查后方可用，初次申请需有血管造影或 OCT（全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管成像）证据；

4. 每眼累计最多支付 9 支，第 1 年度最多支付 5 支。

阿柏西普、雷珠单抗和康柏西普的药品支数合并计算。

申报材料：

1. 眼底检查；
2. 出院小结；
3. 血管造影剂 OCT（全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管成像）；
4. 病眼基线矫正视力 0.05-0.5；
5. 诊断证明。

申报科室：眼科

责任医师：王建明 权彦龙 郑玉萍

药品名称：地拉罗司

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：再生障碍性贫血、骨髓增生异常综合征、慢性病性贫血、珠蛋白合成障碍性贫血。

申报材料：

1. 铁蛋白检测（异常）；
2. 出院小结或门诊病历；
3. 输血的病史资料；
4. 诊断证明。

申报科室：

血液内科 小儿内科

责任医师：

何爱丽 赵万红 刘捷 杨云

侯伟 李静 刘海燕

药品名称：氟维司群

剂 型：注射剂

支付范围限制：限芳香化酶抑制剂治疗失败后的晚期、激素受体（ER/PR）阳性乳腺癌治疗。

申报材料：

1. 病理学检查报告（免疫组化 ER/PR 阳性）；
2. 芳香化酶治疗失败的病史资料；
3. 出院小结；
4. 诊断证明。

申报科室：

肿瘤科 普通外科

责任医师：

张淑群 康华峰 昝瑛

陈熹 杨文彬 陆宏伟

药品名称：利妥昔单抗

剂 型：注射剂

支付范围限制 1：限复发或耐药的滤泡性中央型淋巴瘤（国际工作分类 B、C 和 D 亚型的 B 细胞非霍奇金淋巴瘤）支付不超过 8 个疗程；

申报材料：

1. 骨髓细胞学和（或）病理学检查报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明；

支付范围限制 2：CD20 阳性 III-IV 期滤泡性非霍奇金淋巴瘤，支付不超过 8 个疗程；

申报材料：

1. 骨髓细胞学和（或）病理学检查报告；
2. 免疫组化：CD20 阳性；
3. 出院小结；

4. 诊断证明；

支付范围限制 3：CD20 阳性弥漫大 B 细胞性非霍奇金淋巴瘤；支付不超过 8 个疗程。

申报材料：

1. 骨髓细胞学和（或）病理学检查报告；
2. 免疫组化：CD20 阳性；
3. 出院小结；
4. 诊断证明。

申报科室：

血液内科 肿瘤科

责任医师：

何爱丽 赵万红 刘捷 杨云

张淑群 宋玲琴

药品名称：来那度胺

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限曾接受过至少一种疗法的多发性骨髓瘤的成年患者，并满足以下条件：

1. 每2个疗程需提供治疗有效的证据后方可继续支付；
2. 由三级医院血液专科或血液专科医院医师处方。

申报材料：

1. 骨髓细胞学和（或）病理学检查报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明；
4. 本次化疗方案；
5. 既往曾接受至少一种疗法的病史资料。

申报科室：

血液内科 肿瘤科 肿瘤放疗科

责任医师：

何爱丽 赵万红 刘捷 杨云

张淑群 宋玲琴 马红兵 王亚利

药品名称： 硼替佐米

剂 型： 注射剂

支付范围限制 1： 多发性骨髓瘤并满足以下条件：

(1) 每 2 个疗程需提供治疗有效的证据后方可继续支付；

(2) 由三级医院血液专科或血液专科医院医师处方；

申报材料：

1. 骨髓细胞学和（或）病理学检查报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明；
4. 本次化疗方案；

支付范围限制 2： 复发或难治性套细胞淋巴瘤并满足以下条件：

(1) 每 2 个疗程需提供治疗有效的证据

后方可继续支付；

(2) 由三级医院血液专科或血液专科医院医师处方。

申报材料：

1. 病理学检查报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明；
4. 本次化疗方案。

申报科室：

血液内科 肾病内科 肿瘤科

肿瘤放疗科

责任医师：

何爱丽 赵万红 刘捷 杨云

付荣国 姚纲练 张淑群 宋玲琴

马红兵 王中卫

药品名称：阿比特龙

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制 1：限转移性去势抵抗性前列腺癌；

支付范围限制 2：新诊断的高危转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌。

申报材料：

1. PSA 检测（连续 3 次 PSA 上升）；
2. 病理报告；
3. 诊断证明；
4. 既往用药病史资料。

申报科室：

泌尿外科 肿瘤放疗科

责任医师：

种铁 陈海文 李和程

马红兵 王亚利 王中卫

药品名称：艾曲泊帕乙醇胺

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限既往对糖皮质激素、免疫球蛋白治疗无效的特发性血小板减少症。

申报材料：

1. 骨髓检查报告或血常规；
2. 出院记录或门诊病历；
3. 诊断证明；
4. 经糖皮质激素、免疫球蛋白治疗无效的病史资料。

申报科室：

血液内科 胸外科 小儿内科

责任医师：

何爱丽 赵万红 刘捷 杨云

李少民 肖延风

**药品名称：重组人Ⅱ型肿瘤坏死因子
受体-抗体融合蛋白**

剂 型：注射剂

支付范围限制 1：限类风湿关节炎经传统 DMARDs 治疗 3-6 个月疾病活动度降低低于 50%者；并需风湿病专科医师处方；

申报材料：

1. 类风湿因子阳性或抗环瓜氨酸抗体阳性或抗角蛋白抗体阳性；
2. 诊断证明；
3. 经传统 DMARDs 治疗 3-6 个月疾病活动下降的病史资料；

支付范围限制 2：限诊断明确的强直性脊柱炎(不含放射学前期中轴性脊柱关节炎)NSAIDs 充分治疗 3 个月疾病活动度降低低于 50%者；并需风湿病专科医师处

方；

申报材料：

1. 强直性脊柱炎需提供 CT 或 X 线报告；
2. 诊断证明；
3. 经 NSAIDs 治疗 3 个月疾病活动下降的病史资料；

支付范围限制 3：限成人重度斑块状银屑病。

申报材料：

1. 临床表现（门诊病历或入院记录）；
2. 对环孢霉素、甲氨蝶呤、光化学疗法或其他系统治疗无效、禁忌或不耐受的慢性中重度斑块银屑病一年以内及一月之前的病史资料；
3. 诊断证明。

申报科室：

风湿免疫科

责任医师：

李学义

药品名称：戈利木单抗

剂 型：注射剂

支付范围限制 1：限诊断明确的类风湿关节炎经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%者；并需风湿病专科医师处方；

申报材料：

1. 类风湿因子阳性或抗环瓜氨酸抗体阳性或抗角蛋白抗体阳性；
2. 诊断证明；
3. 经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动下降的病史资料；

支付范围限制 2：限诊断明确的强直性脊柱炎（不含放射学前期中轴性脊柱关节炎）NSAIDs充分治疗3个月疾病活动度下降低于50%者；并需风湿病专科医师处

方。

申报材料：

1. X 线检查或骶髂关节 CT；
2. 诊断证明；
3. 经 NSAIDs 治疗 3 个月疾病活动下降的病史资料。

申报科室：

风湿免疫科

责任医师：

李学义

药品名称：托珠单抗

剂 型：注射剂

支付范围限制 1：限全身型幼年特发性关节炎的二线治疗；

申报材料：

1. 类风湿因子阳性或抗环瓜氨酸抗体阳性或抗角蛋白抗体阳性；
2. 诊断证明；
3. 既往接受一线治疗病史资料；

支付范围限制 2：限诊断明确的类风湿关节炎经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%者。

申报材料：

1. 类风湿因子阳性或抗环瓜氨酸抗体阳性或抗角蛋白抗体阳性；
2. 诊断证明；

3. 经传统 DMARDs 治疗 3-6 个月疾病活动下降的病史资料。

申报科室：

小儿内科

责任医师：

肖延风 陈玺 徐尔迪

药品名称：吉非替尼

剂 型：口服常释剂型

**支付范围限制：限 EGFR 基因敏感突变的
晚期非小细胞肺癌**

申报材料：

1. 病理报告；
2. EGFR 敏感或突变；
3. 出院小结；
4. 诊断证明。

申报科室：

呼吸与危重症医学科 胸外科
肿瘤科 肿瘤放疗科

责任医师：

杨拴盈 张洁 史红阳 李少民
姜建涛 张滩 张淑群 尹晓然
马红兵 王亚利 王中卫

药品名称：伊马替尼

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制 1：限有慢性髓性白血病诊断并有费城染色体阳性的检验证据；

申报材料：

1. 骨髓检查报告或骨髓检查报告；
2. 诊断证明；

**支付范围限制 2：限有急性淋巴细胞白血
病诊断并有费城染色体阳性的检验证据
的儿童患者；**

申报材料：

1. 骨髓检查报告或骨髓检查报告；
2. 诊断证明；

**支付范围限制 3：限难治的或复发的费城
染色体阳性的急性淋巴细胞白血病成人
患者；**

申报材料：

1. 骨髓检查报告或骨髓检查报告；
2. 诊断证明；

支付范围限制 4：限胃肠间质瘤患者。

申报材料：

1. 病理报告；
2. 诊断证明。

申报科室：

血液内科 普通外科 干四普外科

消化内科 肿瘤科 肿瘤放疗科

小儿内科

责任医师：

何爱丽 赵万红 刘捷 杨云

陈熹 杨文彬 陆宏伟 王志东

王进海 李路 戴社教 张淑群

咎瑛 马红兵 王亚利 肖延风

药品名称：埃克替尼

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限 EGFR 基因敏感突变的
晚期非小细胞肺癌。

申报材料：

1. 病理报告；
2. EGFR 敏感或突变；
3. 出院小结；
4. 诊断证明。

申报科室：

呼吸与危重症医学科 胸外科
肿瘤科 肿瘤放疗科

责任医师：

杨拴盈 张洁 史红阳 李少民 姜建
涛 张潍 马红兵 王亚利 王中卫
张淑群 梁亮

药品名称：达沙替尼

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限对伊马替尼耐药或不耐受的慢性髓细胞白血病患者。

申报材料：

1. 骨髓检查报告；
2. 诊断证明；
3. 对伊马替尼耐药或不耐受的病史资料。

申报科室：

血液内科 肿瘤科 肿瘤放疗科

责任医师：

何爱丽 赵万红 刘捷 杨云

张淑群 宋玲琴 惠文涛

马红兵 王亚利 王中卫

药品名称：培美曲塞

剂 型：注射剂

支付范围限制 1：限局部晚期或转移性非鳞状细胞型非小细胞肺癌；

申报材料：

1. 病理报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明；

支付范围限制 2：限恶性胸膜间皮瘤。

申报材料：

1. 病理报告；
2. 出院小结；
3. 诊断证明。

申报科室：

呼吸与危重症医学科 普通外科
胸外科 肿瘤科 肿瘤放疗科

责任医师：

杨拴盈 张洁 史红阳

陈熹 杨文彬 陆宏伟

李少民 姜建涛 张淮

张淑群 梁亮

马红兵 王中卫

药品名称：重组人凝血因子VIII

剂 型：注射剂

**支付范围限制：限儿童甲（A）型血友病；
成人甲（A）型血友病限出血时使用。**

申报材料：

1. 出院记录或门诊病历；
2. 凝血因子全套和血凝全套；
3. 诊断证明。

申报科室：

小儿内科 血液内科

责任医师：

肖延风 陈玺 徐尔迪

何爱丽 赵万红 刘捷 杨云

（备注：省医保按特药管理，市医保按门诊特病管理。）

药品名称：重组人凝血因子IX

剂 型：注射剂

**支付范围限制：限儿童乙（B）型血友病；
成人乙（B）型血友病限出血时使用（省
医保按特药管理，市医保按特病管理）。**

申报材料：

1. 出院记录或门诊病历；
2. 凝血因子全套和血凝全套；
3. 诊断证明。

申报科室：小儿内科 血液内科

责任医师：

肖延风 陈玺 徐尔迪

何爱丽 赵万红 刘捷 杨云

（备注：省医保按特药管理，市医保按门
诊特病管理。）

药品名称：重组人凝血因子 VIIa

剂 型：注射剂

支付范围限制 1：凝血因子VIII或IX的抑制物>5BU 的先天性血友病患者；

申报材料：

1. 血友病抑制物检查报告，抑制物滴度>5BU；
2. 诊断证明；

支付范围限制 2：获得性血友病患者；

申报材料：

1. 抑制物检测报告单；
2. 出院小结；
3. 诊断证明；

支付范围限制 3：先天性FVII缺乏症患者；

申报材料：

1. 凝血因子FVII检测报告；

2. 出院小结;

3. 诊断证明;

支付范围限制 4: 具有 GPIIb-IIIa 和/或 HLA 抗体和既往或现在对血小板输注无效或不佳的血小板无力症患者。

申报材料:

1. 血小板聚集功能及 GP II b- II a 流式细胞检查报告;

2. 出院小结;

3. 诊断证明。

申报科室: 血液内科

责任医师: 何爱丽 赵万红 刘捷 杨云

(备注: 省医保按特药管理, 市医保按门诊特病管理。)

药品名称：阿伐曲泊帕

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限择期行诊断性操作或者手术的慢性肝病相关血小板减少症的成年患者。

申报材料：

1. 检验单(血常规异常、肝功能异常)；
2. 有创性检查或手术安排计划；
3. 诊断证明。

申报科室：

感染科 消化内科 普通外科

肿瘤放疗科

责任医师：

党双锁 刘拉羊 贾晓黎 王进海

郭晓燕 戴社教 杨文彬 吉鸿

陆宏伟 马红兵 王亚利 白明华

药品名称：度普利尤单抗

剂 型：注射剂

支付范围限制：限对传统治疗无效、有禁忌或不耐受的中重度特应性皮炎患者，需按说明书用药。

申报材料：

1. 符合中国 AD 的诊断标准，中重度评判包含下列客观标准至少 1 条： $BSA > 10\%$ ， $EASI \geq 16$ ；
2. 传统治疗（包括外用药物治疗或系统治疗）经医生判定效果不佳（治疗时间至少 2 周）或存在禁忌或者不耐受；
3. 提供 6 月内 2 周之前传统治疗材料（院内、院外门诊病历或出院记录均可，院外需加盖医院公章）；

4. 诊断证明（中重度特应性皮炎）；

5. 血常规。

申报科室：

皮肤科

责任医师：

耿松梅 肖生祥 安金刚

刘平 王晓鹏 董颖颖

药品名称：可洛派韦

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限经 HCV 基因分型检测确诊为基因 1b 型以外的慢性丙型肝炎患者。

申报材料：

1. 血常规；
2. 肝功能(异常)；
3. HCV-RNA (+) ；
4. HCV 基因分型和病史资料；
5. 诊断证明。

申报科室：

感染科

责任医师：

党双锁 刘拉羊 贾晓黎

药品名称：奈韦拉平齐多拉米双夫定

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限艾滋病病毒感染。

申报材料：

1. 诊断证明；
2. HIV 抗体筛查试验和 HIV 补充试验。

申报科室：

感染科

责任医师：

党双锁 刘拉羊 贾晓黎

药品名称：艾博韦泰

剂 型：注射剂

支付范围限制：限艾滋病病毒感染。

申报材料：

1. 诊断证明；
2. HIV 抗体筛查试验和 HIV 补充试验。

申报科室：

感染科

责任医师：

党双锁 刘拉羊 贾晓黎

药品名称：替雷利珠单抗

剂 型：注射剂

支付范围限制：限至少经过二线系统化疗的复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤的治疗；PD-L1 高表达的含铂化疗失败包括新辅助或辅助化疗 12 个月内进展的局部晚期或转移性尿路上皮癌的治疗。

申报材料：

1. 病理学检查报告；
2. 既往接受过一、二线系统化疗的复发或难治的病史资料；
3. 诊断证明。

申报科室：

泌尿外科 血液内科 肿瘤科 肿瘤放疗科

责任医师：

种铁 李和程 薛力 何爱丽 赵万红 刘捷

杨云 张淑群 宋玲琴 惠文涛

马红兵 王亚利 白明华

药品名称：特瑞普利单抗

剂 型：注射剂

支付范围限制：限既往接受全身系统治疗失败的不可切除或转移性黑色素瘤的治疗。

申报材料：

1. 病理学检查报告；
2. 系统治疗失败或不能手术切除的病史资料；
3. 诊断证明；

申报科室：

皮肤科 肿瘤科 肿瘤放疗科

责任医师：

耿松梅 张淑群 张寅斌

马红兵 白明华

药品名称：卡瑞利珠单抗

剂 型：注射剂

支付范围限制 1：限至少经过二线系统化疗的复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤患者的治疗；

申报材料：

1. 病理学检查报告；
2. 既往接受过一、二线系统化疗的复发或难治的病史资料；
3. 诊断证明；

支付范围限制 2：限既往接受过索拉非尼治疗和/或含奥沙利铂系统化疗的晚期肝细胞癌患者的治疗；

申报材料：

1. 病理学检查报告或影像学检查报告；
2. 既往接受过索拉非尼治疗和/或含奥沙

利铂系统化疗的病史资料；

3. 肝癌分期所需的影像学检查报告；

4. 诊断证明；

支付范围限制 3：限联合培美曲塞和卡铂适用于表皮生长因子受体（EGFR）基因突变阴性和间变性淋巴瘤激酶（ALK）阴性的、不可手术切除的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌（NSCLC）的一线治疗；

申报材料：

1. 病理学检查报告；

2. EGFR 基因检测报告（阴性）；

3. 间变性淋巴瘤激酶（ALK）免疫组化（阴性）；

4. 诊断证明；

5. 既往联合培美曲塞和卡铂系统治疗的病

史资料；

支付范围限制 4：限既往接受过一线化疗后疾病进展或不可耐受的局部晚期或转移性食管鳞癌患者的治疗。

申报材料：

1. 病理学检查报告；
2. 既往接受过一线化疗后疾病进展或不可耐受的局部晚期或转移性食管鳞癌病史资料；
3. 诊断证明。

申报科室：

血液内科 感染科 呼吸内科 消化内科
肿瘤科 肿瘤放疗科 普通外科 干四病区
干四普外科

责任医师：

何爱丽 赵万红 杨云 党双锁 刘拉羊

贾晓黎 杨侠 明宗娟 李维
王进海 李路 戴社教
张淑群 宋玲琴 尹晓然 张寅斌
马红兵 金迎迎 白明华
杨文彬 吉鸿 陆宏伟
王志东 张澍 张健 蒋安

药品名称： 氟马替尼

剂 型： 口服常释剂型

支付范围限制： 限费城染色体阳性的慢性髓性白血病 (Ph+ CML) 慢性期成人患者。

申报材料：

1. 血液及骨髓检查报告；
2. 费城染色体阳性和（或）BCR/ABL 融合基因检查阳性；
3. 诊断证明。

申报科室：

血液内科 肿瘤放疗科

责任医师：

何爱丽 赵万红 杨云

马红兵 白明华

药品名称：阿美替尼

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限既往因表皮生长因子受体（EGFR）酪氨酸激酶抑制剂（TKI）治疗时或治疗后出现疾病进展，并且经检验确认存在 EGFR T790M 突变阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌成人患者。

申报材料：

1. 病理学检查报告；
2. 影像学检查报告；
3. EGFR T790M 突变阳性报告；
4. 表皮生长因子受体（EGFR）酪氨酸激酶抑制剂（TKI）治疗时或治疗后出现疾病进展的病史资料；
5. 诊断证明。

申报科室：

呼吸内科 肿瘤科 肿瘤放疗科

责任医师：

杨侠 明宗娟 李维

张淑群 惠文涛 昝瑛

马红兵 金迎迎 王宝峰

药品名称：泽布替尼

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制 1：限既往至少接受过一种治疗的成人套细胞淋巴瘤（MCL）患者；

申报材料：

1. 病理学检查报告；
2. 既往至少接受过一种化疗治疗的病史资料；
3. 诊断证明；

支付范围限制 2：限既往至少接受过一种治疗的成人慢性淋巴细胞白血病（CLL）；

申报材料：

1. 血常规；
2. 骨髓细胞检查报告；
3. 既往至少接受过一种治疗的病史资料；
4. 诊断证明；

支付范围限制 3：限小淋巴细胞淋巴瘤（SLL）患者。

申报材料：

1. 病理学检查报告；
2. 既往至少接受过一种化疗治疗的病史资料；
3. 诊断证明。

申报科室：

血液内科 肿瘤放疗科

责任医师：

何爱丽 赵万红 杨云

马红兵 白明华

药品名称：曲美替尼

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制 1：限 BRAF V600 突变阳性不可切除或转移性黑色素瘤：联合甲磺酸达拉非尼适用于治疗 BRAF V600 突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤患者。

申报材料：

1. 病理学检查报告；
2. 影像学检查报告（转移性黑色素瘤）；
3. BRAF V600 突变阳性的检测报告；
4. 诊断证明；
5. 联合甲磺酸达拉非尼使用的病史资料；

支付范围限制 2：限 BRAF V600 突变阳性黑色素瘤的术后辅助治疗：联合甲磺酸达拉非尼适用于 BRAF V600 突变阳性的 III 期黑色素瘤患者完全切除后的辅助治疗。

申报材料:

1. 病理学检查报告;
2. 影像学检查报告 (转移性黑色素瘤);
3. BRAF V600 突变阳性的检测报告;
4. 诊断证明;
5. 联合甲磺酸达拉非尼使用的病史资料;

申报科室:

皮肤科 肿瘤科 肿瘤放疗科

普通外科

责任医师:

耿松梅 张淑群 张寅斌

马红兵 白明华

杨文彬 吉鸿 陆宏伟

药品名称：达拉非尼

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制 1：限 BRAF V600 突变阳性不可切除或转移性黑色素瘤：联合曲美替尼适用于治疗 BRAF V600 突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤患者。

申报材料：

1. 病理学检查报告；
2. 影像学检查报告（转移性黑色素瘤）；
3. BRAF V600 突变阳性的检测报告；
4. 诊断证明；
5. 联合曲美替尼使用的病史资料；

支付范围限制 2：限 BRAF V600 突变阳性黑色素瘤的术后辅助治疗：联合曲美替尼适用于 BRAF V600 突变阳性的 III 期黑色素瘤患者完全切除后的辅助治疗。

申报材料：

1. 病理学检查报告；
2. 影像学检查报告（转移性黑色素瘤）；
3. BRAF V600 突变阳性的检测报告；
4. 诊断证明；
5. 联合曲美替尼使用的病史资料。

申报科室：

皮肤科 肿瘤科 肿瘤放疗科

普通外科

责任医师：

耿松梅 张淑群 张寅斌 马红兵

白明华 杨文彬 吉鸿 陆宏伟

药品名称：仑伐替尼

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限既往未接受过全身系统治疗的不可切除的肝细胞癌患者。

申报材料：

1. 病理学检查报告或影像学报告；
2. 既往未接受过全身系统治疗的病史资料；
3. 诊断证明。

申报科室：

消化内科 感染科 肿瘤科 肿瘤放疗科
普通外科 干四病区 干四普外科

责任医师：

王进海 李路 戴社教 党双锁 刘拉羊
贾晓黎 宋玲琴 咎瑛 张寅斌 马红兵
白明华 杨文彬 吉鸿 陆宏伟 王志东
张澍 张健

药品名称：恩扎卢胺

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限雄激素剥夺治疗（ADT）失败后无症状或有轻微症状且未接受化疗的转移性去势抵抗性前列腺癌（CRPC）成年患者的治疗。

申报材料：

1. 病理学报告；
2. 既往接受过雄激素剥夺治疗（ADT）失败的病史资料；
3. 远处转移的证据；
4. 诊断证明；
5. PSA 检查（3 次 PSA 上升）。

申报科室：

泌尿外科 肿瘤科 肿瘤放疗科

责任医师：

种铁 李和程 薛力

张淑群 惠文涛 张寅斌

马红兵 王中卫 王亚利

药品名称：尼拉帕利

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限铂敏感的复发性上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌成人患者在含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗。

申报材料：

1. 病理学或影像学检查报告；
2. 铂敏感的病史资料；
3. 诊断证明；
4. 含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗申请单中描述出来。

申报科室：

妇产科 肿瘤科 肿瘤放疗科

干四病区 干四普外科

责任医师：

薛翔 高艳娥 段钊

张淑群 刘棣 张寅斌

马红兵 王亚利 白明华

王志东 张澍 张健

药品名称：西尼莫德

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限成人复发型多发性硬化的患者。

申报材料：

1. 影像学（头颅或脊髓 MRI）检查报告；
2. VEP 或 ABR 或 SEP 电生理检查报告或脑脊液检查报告；
3. 诊断证明。

申报科室：

神经内科

责任医师：

张桂莲 展淑琴 张茹 吴海琴

药品名称：芬戈莫德

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限 10 岁及以上患者复发型多发性硬化（RMS）的患者。

申报材料：

1. 影像学（头颅或脊髓 MRI）检查报告；
2. VEP 或 ABR 或 SEP 电生理检查报告或脑脊液检查报告；
3. 诊断证明。

申报科室：

神经内科

责任医师：

张桂莲 展淑琴 张茹 吴海琴

药品名称：巴瑞替尼

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限诊断明确的类风湿关节炎经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%者，并需风湿病专科医师处方。

申报材料：

1. 类风湿因子阳性或抗环瓜氨酸抗体阳性或抗角蛋白抗体阳性；
2. 传统DMARDs治疗3-6个月病史资料；
3. 专科医师处方；
4. 诊断证明。

申报科室：

风湿免疫科

责任医师：

李学义

药品名称：贝利尤单抗

剂 型：注射剂

支付范围限制：限与常规治疗联合，适用于在常规治疗基础上仍具有高疾病活动（例如：抗 ds-DNA 抗体阳性及低补体、SELENA-SLEDAI 评分 \geq 8）的活动性、自身抗体阳性的系统性红斑狼疮（SLE）成年患者。

申报材料：

1. 常规免疫抑制剂使用证明（与贝利尤同步使用治疗方案）；
2. 抗 ds-DNA 抗体阳性及低补体、SELENA-SLEDAI 评分 \geq 8）、自身抗体阳性；
3. 诊断证明。

申报科室：

风湿免疫科 肾病内科

责任医师：

李学义 付荣国 姚纲练 王莉

药品名称：依那西普

剂 型：注射剂

支付范围限制 1：限诊断明确的类风湿关节炎经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%者；并需风湿病专科医师处方。

申报材料：

1. 类风湿因子阳性或抗环瓜氨酸抗体阳性或抗角蛋白抗体阳性；
2. 传统DMARDs治疗3-6个月病史资料；
3. 专科医师处方；
4. 诊断证明；

支付范围限制 2：限诊断明确的强直性脊柱炎（不含放射学前期中轴性脊柱关节炎）NSAIDs充分治疗3个月疾病活动度下降低于50%者；并需风湿病专科医师处

方。

申报材料：

1. 影像学检查报告；
2. NSAIDs 充分治疗 3 个月病史资料；
3. 专科医师处方；
4. 诊断证明。

申报科室：

风湿免疫科

责任医师：

李学义

药品名称：司库奇尤单抗

剂 型：注射剂

支付范围限制 1：限诊断明确的强直性脊柱炎（不含放射学前期中轴性脊柱关节炎）NSAIDs 充分治疗 3 个月疾病活动度下降低于 50%者；并需风湿病专科医师处方。

申报材料：

1. 影像学检查报告；
2. NSAIDs 充分治疗 3 个月病史资料；
3. 诊断证明；

支付范围限制 2：限对传统治疗无效、有禁忌或不耐受的中重度斑块状银屑病患者，需按说明书用药。

申报材料：

1. 临床表现（门诊病历或入院记录）；

2. 对环孢霉素、甲氨蝶呤、光化学疗法或其他系统治疗无效、禁忌或不耐受的慢性中重度斑块银屑病一年以内及一月之前的病史资料；

3. 诊断证明。

申报科室：

风湿免疫科 皮肤科

责任医师：

李学义 耿松梅 肖生祥 郑焱

王万卷 王昊 牛新武

药品名称：尼达尼布

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制 1：限特发性肺纤维化（IPF）；

申报材料：

1. 影像学检查报告；
2. 排除过敏性肺部疾病的病史资料（ANCA 阴性、自身抗体系列阴性、风湿系列阴性、血常规、肺功能检查）；
3. 诊断证明；

支付范围限制 2：限系统性硬化病相关间质性肺疾病（SSc-ILD）患者。

申报材料：

1. 肺部影像学检查报告；
2. 血清抗核抗体、抗拓扑异构酶 I 检查；
3. 诊断证明。

申报科室：

风湿免疫科 呼吸内科

肿瘤放疗科

责任医师：

李学义 方萍 史红阳 和平

马红兵 金迎迎 王宝峰

药品名称：吡仑帕奈

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限癫痫

申报材料：

1. 脑电图检查报告；

2. 诊断证明。

申报科室：

小儿内科 神经内科

责任医师：

黄绍平 杨琳 郭亚乐 李丹

张桂莲 展淑琴 张茹 吴海琴

药品名称：鲁拉西酮

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限精神分裂症

申报材料：

1. 既往抗精神病药物治疗 ≥ 3 种，且治疗时间 ≥ 1 年，疗效不佳者病史材料；
2. 诊断证明。

申报科室：

神经内科

责任医师：

张桂莲 展淑琴 张茹 吴海琴

药品名称：布南色林

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限精神分裂症

申报材料：

1. 专科病例、专科医师处方；
2. 诊断证明。

申报科室：

神经内科

责任医师：

张桂莲 展淑琴 张茹 吴海琴

药品名称：帕利哌酮

剂 型：注射剂

支付范围限制：

限门诊：精神分裂症急性期（不配合口服给药患者）。

申报材料：

1. 专科病例、专科医师处方；
2. 诊断证明。

申报科室：

神经内科

责任医师：

张桂莲 展淑琴 张茹 吴海琴

药品名称：棕榈帕利哌酮酯（3M）

剂 型：注射剂

支付范围限制：

限门诊：接受过棕榈酸帕利哌酮注射液（1个月剂型）至少4个月充分治疗的精神分裂症患者。

申报材料：

1. 接受过棕榈酸帕利哌酮注射液（1个月剂型）至少4个月充分治疗的病史资料；
2. 诊断证明。

申报科室：

神经内科

责任医师：

张桂莲 展淑琴 张茹 吴海琴

药品名称：氘丁苯那嗪

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制 1：限与亨廷顿病有关的舞蹈病；

申报材料：

1. 典型的家族史；
2. 典型的临床表现；
3. 基因检测报告（必要时）；
4. 诊断证明；

支付范围限制 2：成人迟发性运动障碍。

申报材料：

1. 服用抗精神病药或长期服用抗抑郁药、抗帕金森药、抗癫痫药或抗组胺药史；
2. 典型的临床表现；
3. 诊断证明。

申报科室：

神经内科

责任医师：

张桂莲 展淑琴 张茹 吴海琴

药品名称：依达拉奉氯化钠

剂 型：注射剂

支付范围限制：限肌萎缩侧索硬化（ALS）

的患者。

申报材料：

1. 肌电图阳性报告；
2. 诊断证明。

申报科室：

神经内科

责任医师：

张桂莲 展淑琴 张茹 吴海琴

药品名称：安立生坦

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限 WHOII 级或 III 级症状的肺动脉高压。

申报材料：

1. 右心漂浮导管检查阳性结果或心脏 B 超有肺动脉高压的表现（检查单要描述 II-III 级）；
2. 排除肺心病、肺栓塞（申请表病情摘要中描述）。

申报科室：

呼吸内科 心血管内科 心血管外科

责任医师：

方萍 杨侠 史红阳 韩振华

邓捷 裴斐 王春亚

药品名称：吡非尼酮

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限特发性肺纤维化。

申报材料：

1. 胸部 CT 或肺功能检查有肺纤维化表现；
2. 抗 CCP、RF、ANCA、自身抗体结果阴性；
3. 血气分析提示低氧血症。

申报科室：

呼吸内科

责任医师：

方萍 史红阳 和平

药品名称：地舒单抗

剂 型：注射剂 120mg（1.7ml）/瓶

支付范围限制：限不可手术切除或者手术切除可能导致严重功能障碍的骨巨细胞瘤。

申报材料：

1. 病理学检查报告；
2. 不宜手术切除的临床病史资料；
3. 诊断证明。

申报科室：

骨一科 骨二科 骨三科 肿瘤科
骨关节外科 肿瘤放疗科

责任医师：

时志斌 刘瑞宇 杨平林 杨宝辉
张纯 高宗强 杨佩 宋金辉 昝瑛
张淑群 惠文涛 马红兵 白明华

药品名称：吗替麦考酚酯

剂 型：口服常释剂型

支付范围限制：限III-V型狼疮性肾炎患者。

申报材料：

1. 诊断证明；
2. 肾脏病理报告；
3. 尿常规（有隐血及尿蛋白升高）；
4. ANA 抗体（+）；
5. 肾功（异常）。

申报科室：

风湿免疫科 肾病内科

责任医师：

李学义 付荣国 姚纲练 王莉

备注：

1、肿瘤晚期-Ⅳ期；局部晚期-Ⅲ期。

2、转移的病历需提供转移的依据（影像学或骨扫描）。

3、病史资料均提供门诊处方、长期或临时医嘱。

4、治疗失败的病史资料提供近期影像学报告、病理报告等。

5、病情有无法手术切除的、局部晚期或转移性的、分化良好的、进展期、系统治疗无效、既往未接受过全身系统治疗的情况请在申请单中描述出来。

6、特药申请表诊断一栏中只填写此次申请的疾病诊断。

7、疾病的分期和疾病严重程度要具体写详细。

8、关于适用范围不能手术的说明：
患者的原发病灶或转移病灶不能完成根治性手术。包括以下四类：

(1) 初诊时只是原发病灶且不能手术的患者；

(2) 初诊时原发病灶和转移病灶都不能手术的患者；

(3) 初诊时原发病灶或者转移病灶可以行减瘤术的患者，术后原发病灶或转移病灶在影像学上仍可见残留病灶且不能手术；

(4) 既往原发性病灶手术切除过，

用药治疗时已经复发或者转移的不能手术患者。

9、中国 AD 的诊断标准：

张氏标准（青少年、成人 AD）

- ①病程超过 6 个月的对称性湿疹；
- ②特应性个人史和/或家族史（包括湿疹、过敏性鼻炎、哮喘、过敏性结膜炎等）；
- ③血清总 IgE 升高和/或外周血嗜酸性粒细胞升高和/或过敏原特异性 IgE 阳性（过敏原特异性 IgE 检测 2 级或 2 级以上阳性）。

符合第 1 条，另外加第 2 条或第 3 条中的任何 1 条即可诊断 AD。

姚氏标准(儿童 AD)

- ①瘙痒；
 - ②典型的形态和部位（屈侧皮炎）或不典型的形态和部位同时伴发干皮症；
 - ③慢性或慢性复发性病程；
- 同时具备以上 3 条即可诊断 AD。

典型的形态和部位（屈侧皮炎）包括儿童面部和肢端受累。

非典型的形态和部位包括：

- ①典型的湿疹样皮疹，发生在非屈侧部位（头皮皮炎、眼睑湿疹、乳头湿疹、外阴湿疹、钱币状湿疹、指尖湿疹、非特异性手部或足部皮炎/特应性冬季足、甲或甲周湿疹和身体其他部位的湿疹样皮疹）；
- ②非典型湿疹样皮疹，单纯糠疹、唇

炎、耳下和耳后/鼻下裂隙、痒疹、汗疱疹、丘疹性苔藓样变异。

❖ BSA：受累体表面积；EASI：湿疹面积和严重程度指数

❖ 外用药物治疗包括：

①糖皮质激素；

②钙调磷酸酶抑制剂（他克莫司、吡美莫司）；

③PDE4 抑制剂（克立硼罗）本维莫德。

❖ 系统治疗包括：

①窄谱中波紫外线光疗；

②糖皮质激素（如：甲泼尼龙、强的松、氢化可的松、得宝松）；

③免疫抑制剂（如：MTX、环孢素、硫唑嘌呤、吗替麦考酚酯）；

④中医中药（如：雷公藤制剂）；

⑤其他生物制剂（如：抗IL31抗体、抗IL33单抗）；

⑥小分子靶向药物（如：巴瑞替尼）。

❖ 对传统治疗存在禁忌（如存在禁忌，则无需2周时间限制），包括但不限于以下情况：

①严重高血压、糖尿病患者对糖皮质激素禁忌；

②备孕或育龄期患者对免疫抑制剂、糖皮质激素禁忌；

③肿瘤患者对糖皮质激素、免疫抑制剂禁忌。

❖ 对传统治疗不耐受（如存在不耐受，则无需 2 周时间限制），包括但不限于以下情况：

①既往治疗出现严重不良反应；

②高血压、糖尿病患者对糖皮质激素不耐受；

③老年患者对糖皮质激素、免疫抑制剂不耐受。