

國軍臺中總醫院中清分院新進衛材審查申請表

申請類別 專科衛材 一般通科衛材 (納入庫儲申領)

| | | |
|--|--|-------|
| 送件日期： | (新)院內代碼 _____ 建檔時間： | |
| 案件編號： | 申請醫師： | 申請科別： |
| 申請商： | 業代聯絡人： | 連絡電話： |
| <input type="checkbox"/> 軍聯標合約項次(_____) <input type="checkbox"/> 非軍聯標合約品項 | | |
| 商品名(中)： | | |
| 商品名(英)： | | |
| 單位： | 廠牌/廠商： | 型號： |
| 包裝/規格： | 決標價： | 廠商報價： |
| 醫療器材許可 | | |
| <input type="checkbox"/> 衛署(部)醫器製字第 _____ 號；衛署(部)醫器製壹字第 _____ 號。 <input type="checkbox"/> 衛署(部)醫器輸字第 _____ 號；衛署(部)醫器輸壹字第 _____ 號。 <input type="checkbox"/> 衛署(部)醫器 輸製壹字第 _____ 號。 <input type="checkbox"/> 非以醫療器材列管或其他：_____。 | | |
| 醫療器材等級： <input type="checkbox"/> 第一 <input type="checkbox"/> 第二 <input type="checkbox"/> 第三 風險等級 | 許可證到期日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 | |
| 歸屬種類： | | |
| <input type="checkbox"/> 健保特材給付品項，健保碼 _____ 健保價：_____ 元 <input type="checkbox"/> 自費特材品項，自費碼 _____ 自費價：_____ 元 <input type="checkbox"/> 非健保給付耗材或內含於手術(治療)費用之衛材品項。 | | |
| 適應症：(請簡述) | | |
| 產品特性：(請簡述) | | |
| 注意事項(副作用、使用禁忌等)：(請簡述) | | |
| 本院是否有健保相同品項碼或已有其他相同或類似產品 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，院內碼：_____ | | |
| 申請理由： <u>若為自費品項請詳述與健保給付品項之療效比較(請務必填寫)</u> _____ _____ | | |
| <input type="checkbox"/> 本品項經部科會議討論後決議提報藥審會審議。 | | |
| 檢附資料 | <input type="checkbox"/> 新進衛材審查申請表 <input type="checkbox"/> 銷售紀錄(非合約品項) <input type="checkbox"/> 醫療器材許可證 <input type="checkbox"/> 報價單(非合約品項) <input type="checkbox"/> 健保核價資料(網路列印) <input type="checkbox"/> 報價是否過高(非合約品項) <input type="checkbox"/> 許可證仿單(內有風險級數) <input type="checkbox"/> 代理進口證明 <input type="checkbox"/> 電子檔是否完整傳送 <input type="checkbox"/> 製造廠商授權書 <input type="checkbox"/> 新進衛材收費標準費用 ○行政費用\$1,000 元 ○風險等級標準\$ _____ 元 | |

主治醫師簽章：

科部主任簽章：