

國軍臺中總醫院中清分院【新進藥品衛材】備藥申請表

申請日期： 年 月 日

商品名：		成分劑量：		廠牌：	
廠商：		劑型： <input type="checkbox"/> 膠囊 <input type="checkbox"/> 錠劑 <input type="checkbox"/> 針劑 <input type="checkbox"/> 其他			
聯標價：	健保價：	報價：	折扣%：	健保(自費)碼：	
最小包裝量：		公司：		聯絡電話：	
		業代：			
適應症：(請簡述)					
申請理由	(請就療效、整體醫療成本考量陳述，可另頁說明)				
預及消耗例數	(1)每日病例數約_____人，每例病患單次用量_____顆(支/瓶/組)， 頻次_____，預計每次療程_____天。 (2)每日用量約_____顆(支/瓶/組)；總計每月預估用量_____顆(支/瓶/組)。 (3)藥品極量限制：_____次_____日(劑量單位)。 (4)其他說明：				
★申請單位注意事項： 1. 藥品衛材請依實際需要 <u>適量申請使用</u> ，以 <u>避免增加庫存成本及減少呆滯品產生</u> 。 2. <u>申請使用醫師須負有使用完畢之責任</u> ，若 <u>因未使用而致藥衛材過效期</u> ，則 <u>衛材成本歸入申請醫師當月(或攤提)成本中</u> 。					
申請醫師簽章： (主治或主任醫師)			部(科)主任簽章：		
藥事科審查意見					
軍聯標品項 <input type="checkbox"/> 是_____項， <input type="checkbox"/> 否			總院_____年第_____季藥(衛)委會審議通過		
初審結果	<input type="checkbox"/> 同意備藥 <input type="checkbox"/> 不同意採購使用 說明： 承辦人員：_____ 藥事科主任：_____				