齐齐哈尔市第一医院临时采购药品申请表

申请科室： 联系电话： 申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者情况 | 拟用药患者姓名： | | | | 病历号： | | | |
| 申请  药品  情况 | 药品通用名及剂型： | | | | 商品名： | | | |
| 适应症： | | | | 医保分类： □甲 □乙 □自费 | | | |
| 规格： | | | | 价格： | | | |
| 拟用法用量： | | | | 是否超过说明书范围用药： □是 □否 | | | |
| 拟申请采购数量： | | | | 患者需使用疗程量： □一个疗程量 □二个疗程量 | | | |
| 本院是否有所含成分相同药品： □有（须填写下两行药品内容） □无 | | | | | | | |
| 院内现存含相同成分药品的通用名及剂型： | | | | | | | |
| 规格： | | | | 价格： | | | |
| 申请说明 | 签字**申请原因：（重点写明该药用于治疗该患者病症的优越性、不可替代的理由及用药的紧迫性）**  章  申请医师签名： 申请科室主任签名： | | | | | | | |
| 签字章申请科室中心主任审批意见    签名： 日期： 年 月 日 | | | | | | 医务部审批意见  签名： 日期： 年 月 日 | | |
| 申请科室主管院长审批意见  签名： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 是否在标  □是 □否 | | 是否基药  □是 □否 | 是否国谈  □是 □否 | 中（西）药采购负责人审批意见  签名：  日期： 年 月 日 | | | | 药学部临床药学室审批意见  签名：  日期： 年 月 日 |
| 采购员签名：  日期： 年 月 日 | | | |
| 药学部门审批意见  签名： 日期： 年 月 日 | | | | | | | 药学主管院长审批意见  签名： 日期： 年 月 日 | |
| 审计物价科审批意见  签名： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | |