

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	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） 申请医师签名：  申请科室主任签名： 				
申请科室中心主任审批意见			医务部审批意见		
签名：  日期： 年 月 日			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	是否基药	是否国谈	中（西）药采购负责人审批意见		药学部临床药学室审批意见
☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否			
采购员签名：			签名：		签名：
日期： 年 月 日			日期： 年 月 日		日期： 年 月 日
药学部门审批意见			药学主管院长审批意见		
签名： 日期： 年 月 日			签名： 日期： 年 月 日		
审计物价科审批意见					
签名： 日期： 年 月 日					

