西園醫療社團法人西園醫院藥品資料表 【本表單由廠商填寫】

 編號：

|  |  |
| --- | --- |
| 申請方式：□新藥申請 □臨採申請 □比價  | 申請醫師：申請日期： 年 月 日 |
| 藥品英文名： 藥品中文名： 藥品學名：  |
| 衛福部核准字號： 衛福部核准適應症：   □健保給付 □健保不給付、自費使用健保代碼： 健保價： 健保規範：  | **作用機轉：** **用法及用量：****副作用:** **注意事項：****藥品安全性：**FDA Pregnancy Category □A □B □C □D □X □無資料哺乳：兒童：□不建議使用□≧ 18 歲可使用**儲存溫度：** □室溫 □需冷藏，離開冷藏後需於 個月內使用 □其他**藥品安定性：** □錠劑：磨粉 □可□不可；剝半 □可 □不可 □以 ml水泡開後管灌 □針劑：建議稀釋液及配製後保存條件/時間 □其他注意事項: **最小申購量：** **無償退換：**□可□不可規範:  |
| 國內使用情形（請附合約證明或三個月發票影本）醫學中心： 區域教學醫院： 地區教學醫院：  |
| 核准發售之國家及年份美：英：德：法：比： | 瑞士：澳：加：日：其他： |
| 製造商名稱： 代理商/供應商： □國外廠 (製造國 ) □國內廠原料產地： □DMF證明文件   | 送件聯絡人： 連絡電話： 電子信箱： 本經銷商在本院其他藥品有： |
| **\*備註：1.年度健保藥價調整時，請依同等比例調降 2.報價請提供年度藥價調整後之最新價格。** |

第一頁，共二頁

西園醫療社團法人西園醫院新藥申請表

【本表單由醫師填寫】

 編號：

|  |
| --- |
| 藥品英文名： 藥品中文名： 藥品學名：  |
| 申請單位： 申請醫師： 申請日期： 年 月 日申請方式；□新藥申請 □臨採申請 □比價 **申請原因：**□本院無同類藥品 □方便性佳 □療效佳 □毒性低 □價格低(單價： 每日費： )**申請理由：** **新進品項之建議：** □新進品項，預估月用量：  □新進品項可取代之院內品項：  □新進品項可與院內比價之品項： 科/部主任意見及簽章：  |
| 藥委會審核意見 □ 同意採用，但要刪除  □ 不同意 □ 暫緩，原因：   □ 其他： （第 次藥委會通過案） 年 月 日 | 審 核 結 果 |
| □ 同意□ 不同意□ 暫緩主席：年 月 日  |
| 【本欄非臨時採購免填】臨 時 採 購 核 簽 | 採 購 部 門 收 件 |
| 藥劑科主任 | □ 新藥申請（酌收審議費用 ）□ 臨時採購□ 比價健保價： 藥品進價： 利潤： 主管意見及簽章：年 月 日  |
| 副院長 |
| 院長 |
| 董事長 |

【◎請簡註出處並附文獻資料】 第二頁，共二頁