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