**中國醫藥大學附設醫院西藥藥品進用申請單(醫師填寫)**

附件一

申請日期： 年 月 日

(建檔用勿填) 收案編號\_\_\_\_\_ 審查編號\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 藥品學名： | 藥品廠牌名：(商品名) | 規格、劑型： |
| 使用院區 □台中總院 □培德醫院 □東區分院 □豐原分院 □惠盛醫院 □益家診所 □中英診所 □惠和分院 □中科診所 □惠家診所 □台北分院 |
| **申請資格條件：(務必勾選)**□已於本院完成臨床試驗者。□已於衛生福利部完成查驗登記臨床試驗並有一家衛福部認定之醫學中心正式進藥者。□已於一家衛福部認定之醫學中心完成臨床試驗並正式進藥者。□已有二家衛福部認定之醫學中心正式進藥者。□文獻明確且本院無其他替代品者，具有使用方便性及經濟效益者(請勾選 □藥理作用獨特 □劑型獨特 □劑量獨特) |
| **本藥主要適應症：** |
| **申請理由：簡述此藥與本院現有類似藥之比較，及此藥在本院需要之特殊理由**  |
| **擬刪除之現有品項：** (藥名) **(務必填寫及勾選)**□屬同適應症藥品 □屬同藥理分類藥品 □屬同廠牌（代理商）藥品□藥理治療分類碼(ATC)前五碼相同(同機轉)□其他(說明)： □非同類品或非同專科用藥，需加會擬刪品項使用單位意見：  |
| **無法取代刪除現有品項原因：(務必填寫；需檢附參考資料)**□療效相當，費用效益高(說明)**：** □特殊療效，無法替代(說明)**：** □其他原因(說明)**：**  |

申請單位： ；申請醫師： 醫師代號： ；手機簡碼：

科部主管(或體系主管)意見(含核章)：

21×29.7cm 111.07 MA-P1044