

編號：_____

臺北市立聯合醫院 新進藥品申請表

____年__月__日

| | | | | |
|--|--|---------------|------------------|----------|
| 商品名：_____ 成份含量：_____ 單位：_____ 包裝：_____ | | | | |
| 製造廠：_____ 產地國：_____ 衛福部核准字號：衛部(署)_____字第_____號 | | | | |
| 衛福部核准適應症：_____ 藥品 ATC 碼_____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> 成份專利期內藥品 <input type="checkbox"/> 監視期中新藥 <input type="checkbox"/> 過專利期原開發廠藥品 <input type="checkbox"/> BE 藥品 <input type="checkbox"/> 國內外 GMP 藥廠生產藥品 <input type="checkbox"/> 生物相似性藥品 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 非健保品項 <input type="checkbox"/> 自費品項 <input type="checkbox"/> 內含品項 發票價：_____ 建議自費價：_____ * 每日藥價：_____ | | | | |
| *自費品項須提供其他醫院自費價相關資料，格式如附件 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 健保品項 健保碼：_____ 健保單價：_____ 每日藥價：_____ | | | | |
| 健保給付規定：_____ | | | | |
| 藥 品 特 性 | 藥理作用機轉： 藥物動力學： 使用劑量與用法： 禁忌 / 重要副作用： | | | |
| 一家以上醫學中心或兩家以上區域醫院採用(附 6 個月採購證明)： | | | | |
| 本院現有同類品(品名及標單項次)： | | | 本品與本院現有同類品之優缺分析： | |
| 新進此藥之理由： | | | | |
| <input type="checkbox"/> 臨床治療必需且無同類藥品 <input type="checkbox"/> 療效優於其它同類藥品 <input type="checkbox"/> 療效相當，經濟效益高(藥價成本低) <input type="checkbox"/> 安全性較佳 <input type="checkbox"/> 使用較其它同類藥品方便 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | | |
| 擬取代刪除之現有品項 (品名及標單項次)：_____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> 屬同類藥品 <input type="checkbox"/> 同廠牌(代理商)藥品 <input type="checkbox"/> 其他(說明)：_____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> 非同類品或同專科用藥，加會擬刪品項使用單位(編制科主任)意見：_____ | | | | |
| 代理(經銷)商： | | | 聯絡人/電話/E-mail： | |
| 申請醫師(簽章) | 院區科主任 | 院區藥劑科主任 | 院區藥事委員會召集人 | 院區院長 |
| 聯絡電話： | | | | |
| 總院科主任 | | 藥事委員會秘書處(院本部) | | 藥事委員會召集人 |