

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