

臺北市立聯合醫院 新進藥品申請表

____年____月

編號：_____

日

商品名：_____ 成份含量：_____ 單位：_____ 包裝：_____

製造廠：_____ 產地國：_____ 衛生署核准字號：衛署____字第_____號

衛生署核准適應症：_____ 藥品 ATC 碼_____

成份專利期內藥品 監視期中新藥 過專利期原開發廠藥品 BE 藥品 國內外 GMP 藥廠生產藥品

生物相似性藥品

非健保品項 自費品項 內含藥價：_____ 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

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：
------------------	--

已採用之醫學中心(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)：_____

屬同類藥品 同廠牌(代理商)藥品 其他(說明)：_____

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
-------	---------------	----------