**中國醫藥大學附設醫院西藥藥品進用申請單(醫師填寫)**

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： |
| **申請資格條件：**(請務必擇一勾選)  □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** | | |
| **是否有用過本藥品之經驗？ □無 □有 (請簡述其臨床使用情形)** | | |
| **關於此新藥之建議：(請務必勾選)**  □取代現用之 (藥名)  □可與現用之 比價，擇一使用。  □特殊療效，現有品項無法替代故應新增。  **請簡述無法替代之原因：** | | |

申請單位： ；申請醫師： ；醫師代號/手機簡碼：

科部主任意見：

21×29.7cm 108.07 NA-P1044