**中国医学科学院肿瘤医院**

**临床科室临时购药申请表**

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科 室 |  | □ 门诊 □病房： 区 床 |
| 患者姓名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 病案号 |  |
| 费用类别 | □公疗 □医保 □自费 |
| 药品通用名称： 商品名： 规格： 剂 型： 数 量： 备 注：是否履行知情同意：是□ 否□ 是否中标： 是□ 否□（或其 ） |
| 申请理由 |  申请医生  |
| 科室负责人意见：                 签字： 日期  |
| 药剂科负责人意见 |  签字： 日期  |
| 主管院长意见 |  签字： 日期  |
| P&T领导小组意见 |  签字： 日期  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |