**目录外抗菌药物临时采购申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申 请 药 品** | | | | | | | |
| 药品名称 | | | | | | | |
| 剂型 | | 规格 | | | | | |
| 本次申请数量（限一个疗程）： | | | | | | | |
| 临床应用分级：  □非限制 □限制 □特殊（经抗菌药物会诊专家会诊：是□ 否□） | | | | | | | |
| **使 用 对 象** | | | | | | | |
| 患者姓名 | | 性别 | | 年龄 | 病历号 | | |
| 感染诊断： | | | | | | | |
| 使用理由 ： | | | | | | | |
| 申请医生 | | | 科室 | | | 申请日期 | |
| 临床科主任意见 | 签名： 日期: | | | | | | |
| 药剂科主任意见 | 签名： 日期: | | | | | | |
| 主管院长意见 | 签名： 日期: | | | | | | |
| 抗菌药物管理工作组意见 | 签名： 日期: | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  |  |

注：

1.  项目应填写完整，尤其使用理由应详细填写。

2.  如申请特殊使用级抗菌药物，应附《肿瘤医院特殊使用级抗菌药物临床使用会诊单》。