**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》。