

醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院新藥申請表

學名（或成分）_____

商品名 _____ 規格 _____

請 藥 廠 協 助 填 寫	製造廠：_____	預定售價：_____
	經銷商：_____	聯絡電話：_____
	保險給付狀況：健保價格 _____	包裝： ☐ 排裝 ☐ 散裝
	健保代碼 _____	最小包裝 _____
	健保給付限制 _____	_____
管制藥品級別： ☐ 第一級 ☐ 第二級 ☐ 第三級 ☐ 第四級 ☐ 非管制藥		

申請理由(請醫師務必親自填寫) (不敷填寫時，請使用背面)

☐ 臨床上必須使用，且本院無可取代藥品	☐ 本藥療效顯著優於本院目前備存之藥品
☐ 本藥毒性顯著低於本院目前備存之藥品	
☐ 本藥使用上有優於本院目前備存藥品之方便性	
☐ 本藥價格低於本院目前備存之藥品 (☐ 單價 ☐ 全療程費用)	
☐ 其他，請說明	

使用經驗：(請醫師務必親自填寫)

☐ 有，請簡單說明：
☐ 無

☐ 若此藥品為化學治療藥品，請附上 protocol 以利使用。

☐ 預估月用量：_____ /月

☐ 擬進藥 _____ ☐ 擬與已採用藥品 _____ 比價

本院已採用之同類藥品 (請務必填寫)

已採用本藥品醫院 (請藥廠務必填寫)

醫學中心：

區域醫院：

申請人：_____ 科 _____

醫師／藥師

聯絡電話：_____

申請時間：_____

藥品基本資料表

ASHP 藥理分類：	是否參加藥害救濟： ☐ 是 ☐ 否
主成分（學名及含量）：	
商品名（英文）：	商品名（中文）：
劑型：	廠牌：
製造廠名稱：	藥商：
健保代碼：	健保價：
衛生署核准之適應症：	
健保藥品使用規範：	

藥商資料

公司名稱：	電話：
業務代表：	業務代表聯絡方式：
產品經理：	產品經理聯絡方式：

財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院新藥申請辦法

- 一、 凡本院主治醫師皆可申請新藥。
- 二、 提藥醫師需詳細填寫新藥申請表，以利新藥審查。
- 三、 新藥申請案將於每 3-4 個月定期召開的藥事委員會中討論。
- 四、 藥委會決議採用之新藥，將於藥品購入後通知醫師，方可開始處方。

藥品資訊服務室 賴彥安 藥師(02-6603-0269)

更新日期：2021/12/15