|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 赤峰市医院医用耗材申请审批表 | | | | | | |
| 申请科室 |  | 联系电话 |  | 申请日期 | |  |
| 医用耗材名称 | | | 型号 | | | 价格 |
|  | | |  | | |  |
| 备注 |  | | | | | |
| 科室讨论病例意见： | | | | | | |
|
| 中级职称及以上医师签字（不少于3名）： | | |  | | 科室主任签字： | | |
| 运营管理部意见（包括DIP成本效益评估等）： | | | | | | |
| 1.诊疗项目收费分类： | | 除外内容 □ | | 内涵项目□ | | |
| 2.从运营角度分析是否建议购入： | | | | | | |
| 运营管理部主任签字： | | | | | | | |
| 医务部意见：  是否符合医疗技术准入： 是 □ 否 □  是否为重点专科技术必备 是 □ 否 □  医务部主任签字： | | | | | | |
| 医保办意见： | | | | | | |
| 是否属于医保目录内： 是（甲 乙 丙） 否 □ | | | | | | |
| 27位医保目录项目编码（可另附页）：  医保办主任签字： | | | | | | |
| 药供科意见：  是否为中标产品： 是 □ 否 □  是否为带量采购产品： 是 □ 否 □  资质是否齐全： 是 □ 否 □  药供科主任签字： | | | | | | |
| 主管院长意见： | | | | | | |
| 购进方式：  临时采购 □ 待耗材议价会后采购 □ 不予购入 □ | | | | | | |
| 主管院长签字： | | | | | | |
| 注：1.如内容较多可另附页 | | | | | | |
| 2.高值耗材管理委员会意见待高值耗材管理委员会统一处理。 | | | | | | |