中 山 大 学 孙 逸 仙 纪 念 医 院

临 床 特 批 耗 材 申 请 表

**申请单编号**(设备科填写)：

**申请科室：**  **年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **耗材名称：** | | **品牌:** | | **型号:** | **省平台码：** |
| **注册证号：** | | **产地：** | | **数量：** | **市平台码：** |
| **报价：** | | **病人姓名：** | | | **住院号：** |
| **配送公司+联系人电话：** | | | | | **入院诊断：** |
| **使用科室** | **申请特批原因：**  **该患者诊断为······················经科室讨论，需进行······················（治疗技术），需使用·························耗材。目前我院在用耗材·······················（说明无此类耗材，或现有同类耗材为何不适合该病例）····························** | | | | **手术医生：** |
| **议事决策小组签名：** |
| **同类产品比较说明：** | | | |
| **物价组** | **可否收费：可以 □ 不可以 □** | | | | **负责人：** |
| **日期：** |
| **感控办**  **证照审查** | **证照齐全，审查通过 □** | | | **证照不齐，审查不通过 □**  **缺乏证照：** | |
| **经办人：** | | **负责人：** | | **日期：** |
| **医务科**  **审批意见** |  | | | | **负责人：** |
| **日期：** |
| **设备科**  **审批意见** |  | | | | **负责人：** |
| **日期:** |
| **主管院长意见** |  | | | | **负责人：** |
| **日期：** |

**备注：1、此表所申请的耗材只限于当次*单个病人*使用，若要继续使用请必须填普通申请单，经耗材管**

**理委员会审定备案。**

**2、详情请参照医院内部网设备与耗材专栏的《关于加强医用耗材特批申请的管理规定》。**

**中山大学孙逸仙纪念医院科室申购立项廉洁承诺书**

为促进我院行业作风建设，抵制医药购销领域商业贿赂行为，营造医务人员诚实守信、廉洁行医的良好风气，在科室申请采购药品、试剂、设备、医用耗材、耗品等与相关生产、经营企业及其经销人员接触的过程中，本人向医院郑重承诺：

一、严格按照医院有关规定申请购买药品、试剂、设备、医用耗材、耗品等物品，并根据科室实际需要提出技术参数、配置及其他实质性要求，不利用手中权力谋取个人利益或科室局部利益；

二、不收受生产、经营企业及其经销人员以各种名义给予的现金、物品、有价证券，以及支付旅游费用等形式的经济利益；

三、不以购买、使用其药品、试剂、设备、医用耗材、耗品等为条件，向相关生产、经营企业及其经销人员暗示、索要上述经济利益；

四、若发生违反上述承诺的行为，愿按照法律法规、上级及医院有关规定接受处罚。

项目名称：

科室名称：

承诺人：

**（注：承诺人包括科室议事决策小组和其他相关人员，不少于3人）**

年 月 日