**四川省医学科学院·四川省人民医院**

**2021年度医用耗材入院申请表**

申报科室： 申购时间： 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申购名称： | | 预估年用量： |
| 院内同类  产品明细  **（重要项）** |  | |
| 是否省卫健委  挂网类产品  **（重要项）** | 是 □ 否 □ | |
| 省内使用该类产品  医疗机构名称 |  | |
| 有无收费标准  (物价办签字确认) |  | |
| 是否纳入社保  报销范围 | 是 □ 否 □ | |
| 购置理由  (请结合学科发展论述) |  | |
| 成本效益分析 |  | |
| 请注明替换产品的名称、型号  **（本项为重要项，需与申请入院耗材一一对应）** |  | |
| 替换产品是否为多科室使用及替换意见  **（重要项）** | 是 □ 否 □  如勾选“是”，所涉及科室意见： | |
| 申请人联系方式 | 姓 名：  手 机：  电子邮件： | |
| 上述内容经科室超过2/3在职医生集体论证通过，符合学科发展需求（签名）： | 本科室在职医生\_\_\_\_\_\_\_名 | |
| 申报科室负责人  签字 | 日期： | |
| 医务部签字 | 日期： | |
| 运营管理部签字 | 日期： | |
| 申报科室  分管院长签字 | 日期： | |
| 医学装备部签字 | 日期： | |
| 医学装备部  分管院长签字 | 日期： | |
| **备注：1、为满足临床使用需求，请申报科室详细填写每项内容；**  **2、申报科室在科室负责人签字审批后，报物价办、医务部、运营管理部审批，分管院领导签字确认通过后，交医学装备部办理，详情请咨询028-87393499。**  **3、电子版发送至：med\_engineer@vip.163.com。纸质版、电子版需同时提交，未按要求提交申请表，医学装备部不予接收。** | | |

Ver.20210831