

编码[YZFY/BD/ZBB-13-A/0]

**临采医用耗材申请表**

申购日期：

|  |
| --- |
| 一、基本信息 |
| 申请科室 |  | 申请人 |  | 联系电话 |  |
| 患者姓名 |  | 患者出生日期 |  | 住院号 |  |
| 临床诊断： |
| 二、申请耗材信息 |
| 耗材名称 | 产地品牌 | 规格型号 | 单位 | 数 量 | 可否收费 | 医保编码 | 平台价或报价(元) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 三、申购原因 |
| 医院有无同类在用或替用产品：口有口无申购理由： |
| 申请科室主任意见： |
| 医疗业务主管部门意见： |
| 医学装备科签字： |
| 院领导审批： |