山东省立医院急需医用耗材（试剂）申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请科室 | 　 | 申请人电话 | 　 | 申请时间 | 　 |
| 病人姓名 | 　 | 性别 |  | 年龄 | 　 |
| 住院号 | 　 | 诊断名称 | 　 | 省中标情况 | □是 □否　 |
| 拟手术名称 | 　 | 手术时间 | 　 |
| 手术类型 | □新技术项目 □常规 | 可否收费 | □可 □否　 |
| 院外专家 |  □否 □是，第 次  | 手术主刀 | 　 | 术者单位 | 　 |
| 耗材名称 | 品牌 | 型号 | 报价（元） | 数量 | 推荐供货商 | 联系电话 |
| 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 现有同类耗材 |  |
| 申请理由：申请人： 护士长： 科主任： |
| 业务主管部门意见：　签字： 年 月 日 |
| 医学工程管理办公室意见：　签字： 年 月 日 |
| 医工办分管院长意见：　签字： 年 月 日 |
| 办理情况：　签字： 年 月 日 |

★请申请科室认真阅读以下说明：

1.业务主管部门指医务部、科教部、护理部等职能处室；

2.申请科室需填写详细、充分的理由