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