

굿모닝병원 의약품사용 신청서

		신청일		신청과		신청과장 서명		몇번째신청?	
		20 년 월 일						/3건	
전문과									
COSIGN									
(1) 신청 약품 기본정보 (신청인 작성)-필수입력사항									
*제품명						*제약회사 (담당자 및 연락처)			
*성분 및 함량						*예상 월평균사용량			
*신청범위		<input type="checkbox"/> 원외전용		<input type="checkbox"/> 원내외 공용		<input type="checkbox"/> 원내전용			
신청사유를 자세하게 기술해주시요. 심사 에 중요한 자료로 활용 됩니다									
(2) 신청 약품 신청시 Check List (신청인 확인 사항)									
1. 신청하신 약품의 사용 전에 해당 약품의 주사용과의 동의가 필요한 경우 COSIGN을 받는 과정이 추가되었다는 것을 알고 계십니까?						<input type="checkbox"/> 예		<input type="checkbox"/> 아니오	
※ 전문과란 해당 약품에 대한 지속적인 교육을 통해 최신 지식을 유지하는 과를 의미하며 약물관리위원회에서 결정하며 여러과가 해당 될 수도 있습니다.									
2. 신청약제는 원내 또는 원외처방에 동일성분이 있습니까?						<input type="checkbox"/> 예		<input type="checkbox"/> 아니오	
(예인 경우1)→동일 성분이 있는 경우 기존 약품과 완전 대체 가능할 때만 약품사용이 결정될 수 있습니다. 타과와 같이 사용하는 약품군의 경 우 타과의 의견 및 약물관리위원회의 심의 결과에 따라 약품 사용이 통과되지 않을 확률이 높습니다.									
(예인 경우2)→기존약제와 사용 여부를 체크하여 주십시오.						<input type="checkbox"/> 완전대체		<input type="checkbox"/> 병용사용	
(완전대체 체크인 경우)→대체되는 의약품의 기존 주사용 3과 동의를 받는 절차를 거친다는걸 아십니까?						<input type="checkbox"/> 예		<input type="checkbox"/> 아니오	
대체시 동의절차에 사용(약제팀 작성)									
(병용사용 체크인 경우) →완전대체하는 것이 원칙임에도 병용사용을 신청하시는 사유를 기술해 주세요.									

* 신청과장 사인이 된 출력본은 약제팀으로 제출해주시고 원본 파일이 있는 경우 gmp-pharmacy@nate.com으로 파일을 보내주시기 바랍니다.
* 메일에 다음 자료 첨부하여 주시기 바랍니다. 1) 해당약품 조사자료 (A4 3장 이내) 및 타병원사용자료 또는 유사제품과의 비교표 2) 해당약
품 간단한 팜플렛 또는 약 설명서