**114年臺北醫學大學 附屬醫院 新進藥品提案資料表**

**編號：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **新藥申請查檢內容** | | **自評** | **藥品管理組查檢** |
| **申請相關資料(必要文件\_紙本+電子檔繳交)** | | | |
|  | 繳費單 |  |  |
|  | 報價單(正本用印) |  |  |
|  | 新藥提案資料表 |  |  |
|  | 提藥醫師簽章/時間及取代品項確認 |  |  |
| **申請相關資料(必要文件\_儲存於USB中繳交，不收紙本)** | | | |
|  | 新進藥品藥品申請表 |  |  |
|  | 新藥藥品資料excel 表 |  |  |
|  | 與現有同類品項比較表 |  |  |
|  | 藥品仿單 |  |  |
|  | 清晰之藥品照片(外盒、藥品各一張，若為口服藥品，亦須提供裸錠正反面照片)，請參考外觀圖檔規格說明與尺規 |  |  |
|  | 藥品為針劑，請提供針劑藥品安定性資料表 |  |  |
| **相關證明文件(必要文件\_儲存於USB中繳交，不收紙本)** | | | |
|  | 藥品許可證影本 |  |  |
|  | 製造廠PIC/S GMP證明 |  |  |
|  | 製造廠為原開發廠，需檢附：  □(1)藥品專利證明  □(2)原料藥廠PIC/S GMP證明  □(3)藥品檢驗方法及檢驗報告Certificate of Analysis (CoA) |  |  |
|  | 製造廠為非原開發廠，需檢附：  □(1)主成份原料購入證明  □(2)原料藥廠PIC/S GMP證明  □(3)藥品檢驗方法及檢驗報告Certificate of Analysis (CoA) |  |  |
|  | 運輸商PIC/S GDP證明 |  |  |
| **其他證明文件(非必要文件\_儲存於USB中繳交，不收紙本)** | | | |
|  | 美國FDA、歐盟EMEA或其他國家核准上市證明 |  |  |
|  | 上市後風險管理計畫書 |  |  |
|  | 醫學中心半年內之連續購藥發票(獨佔/併存) |  |  |
|  | 代理經銷授權書(供應商與許可證之藥商如名稱不同者須檢附證明，授權期限須至少一年) |  |  |
|  | 健保預計給付尚未公告前，需檢附：  □(1)已提出健保給付申請之公文影本  □(2)醫藥品查驗中心之醫藥科技評估報告(HTA)(提供電子檔即可) |  |  |
|  | 本院進行BE/BA試驗報告證明 |  |  |
|  | 藥品回收檢討改善報告 |  |  |
|  | 永續發展之相關因應說明 |  |  |

遞件日期： 聯絡人/電話：

※若新藥申請通過，請於進藥後提供以下資料之電子檔：

1. 藥品入關(境)報關證明
2. 供應商到運輸商之溫度合格通知
3. 運輸商倉庫溫控證明
4. 運輸商運輸車溫度紀錄
5. 運輸商運送之冰桶確效紀錄

**臺北醫學大學 附屬醫院 新進藥品申請作業流程**

🞏 至三院藥劑部網頁下載臺北醫學大學附屬醫院新進藥品提藥資料

藥品管理組

確認章

**未蓋章**

**請勿報價、繳費**

🞏 至雙和醫院藥品管理組確認新進藥品提案資料表與相關文件

🞏 至雙和醫院藥品管理組繳交報價單

🞏 至雙和醫院出納組繳交審查費45,000元，繳費單第一聯繳回

繳件後由承辦醫院執行初審作業，彙整後提報議價小組及聯合藥委會討論

**臺北醫學大學附屬醫院新進藥品 藥品審查費繳費單**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 商品名： | 學名： | 劑量/劑型： |
|

廠商抬頭：

統編：

茲收到審查費 附設醫院：15,000元 萬芳醫院：15,000元 雙和醫院：15,000元 合計：45,000元

(第一聯) 附屬醫院藥品管理組存查

**臺北醫學大學附屬醫院新進藥品 藥品審查費繳費單**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 商品名： | 學名： | 劑量/劑型： |
|

廠商抬頭：

統編：

茲收到審查費 附設醫院：15,000元 萬芳醫院：15,000元 雙和醫院：15,000元 合計：45,000元

(第二聯) 廠商自行存查

**臺北醫學大學附屬醫院新進藥品 藥品審查費繳費單**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 商品名： | 學名： | 劑型/劑型： |
|

廠商抬頭：

統編：

茲收到審查費 附設醫院：15,000元 萬芳醫院：15,000元 雙和醫院：15,000元 合計：45,000元

(第三聯) 附屬醫院出納組存查

**臺北醫學大學 附屬醫院 新進藥品 申請表**

**以下表格請申請醫師親自詳細填寫**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **商品名：** | **學名：** | | **劑量/劑型：** | |
| 1. **申請理由：**   **(請盡量詳盡，切勿空白)** | | | | 1. **本院已有之同類藥品：** |
| 1. **欲取代藥品(建議以當科使用之品項)：**   **理由：**  **※如取代品項經新藥小組評估不合適，得於小組討論時提出其他同類藥品選擇並於新藥小組開會時提出由小組委員決議**  **※如審查過程經查知，取代品項未確實取得科內醫師共識之提案，將不進行藥品討論且以不同意通過結案。** | | | | **4. 得免提取代品項：**  **(請註明符合資格項目)** |
| 1. **□附醫 □萬芳 □雙和 科**     **申請醫師之提藥身分(請申請醫師勾選)：**  **□ 附屬醫院專任主治醫師(不含準主治醫師)，兩年內未申請新進藥品**  **□ 附屬醫院新到任醫師，到任已滿三個月，到任時間：\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日**  **申請醫師簽名+蓋章：**  **年 月 日** | | 1. **申請醫師所屬科別主任意見及簽名+蓋章：**     **年 月 日** | | |
| 1. **經三院當科取得共識後，決議：**   **※取代品項建議以當科使用之品項**  **※如取代品項經新藥小組評估不合適，得於小組討論時提出其他同類藥品選擇並於新藥小組開**  **會時提出由小組委員決議**  **※如審查過程經查知，取代品項未確實取得科內醫師共識之提案，將不進行藥品討論且以不同**  **意通過結案**  **※附設醫院：(藥品請寫商品名與劑量)**  **□ 同意提藥藥品： ，不需取代藥品(需符合上述4. 免提取代品項之條件)**  **□ 同意提藥藥品： ，需取代藥品： (請蓋章於取代品項文字上)**  **□ 同意提藥藥品： ，已與藥品管理組確認與此藥的同藥理機轉的藥品：**  **(此欄由藥品管理組填寫與蓋章)於附屬醫院合計的病人數≧50萬/年，並**  **同意被取代品項委由新藥初審小組整合院內同類品項後，配合聯合藥委會決議執行**  **□ 不同意提藥**    **附醫\_\_ \_\_\_科主任簽名+蓋章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **※萬芳醫院：(藥品請寫商品名與劑量)**  **□ 同意提藥藥品： ，不需取代藥品(需符合上述4. 免提取代品項之條件)**  **□ 同意提藥藥品： ，需取代藥品： (請蓋章於取代品項文字上)**  **□ 同意提藥藥品： ，已與藥品管理組確認與此藥的同藥理機轉的藥品：**  **(此欄由藥品管理組填寫與蓋章)於附屬醫院合計的病人數≧50萬/年，並**  **同意被取代品項委由新藥初審小組整合院內同類品項後，配合聯合藥委會決議執行**  **□ 不同意提藥**    **萬芳\_\_ \_\_\_科主任簽名+蓋章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **※雙和醫院：(藥品請寫商品名與劑量)**  **□ 同意提藥藥品： ，不需取代藥品(需符合上述4. 免提取代品項之條件)**  **□ 同意提藥藥品： ，需取代藥品： (請蓋章於取代品項文字上)**  **□ 同意提藥藥品： ，已與藥品管理組確認與此藥的同藥理機轉的藥品：**  **(此欄由藥品管理組填寫與蓋章)於附屬醫院合計的病人數≧50萬/年，並**  **同意被取代品項委由新藥初審小組整合院內同類品項後，配合聯合藥委會決議執行 □ 不同意提藥**    **雙和\_\_ \_\_\_科主任簽名+蓋章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |

**臺北醫學大學 附屬醫院 新進藥品 報價單**

藥品管理組

確認章

**未蓋章**

**請勿報價、繳費**

* **商品名：**
* **劑量劑型：**
* **最小包裝量：**
  + **有健保價**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **健保碼** | **健保價** | **報價** |
|  |  |  |

* + **無健保價**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **同儕自費價 (可自行增刪院所)** | | | | | | | **建議自費價** | **報價** |
| **台大** | **國泰** | **新光** | **馬偕** | **亞東** | **診所** | **藥局** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**廠商：**

**簽章：**

**日期：**

**聯絡人：**

※ 注意事項

1. 每份報價單均須以同簽訂合約之公司大小章用印，若未用印視同無效報價
2. 自106年1月1日起，**本報價單即視為最終報價**，若有變更，恕無法配合辦理。

＊若遇特殊狀況，則由承辦醫院另行通知報價。

1. 此報價單為機密文件請獨立存放，勿與其他文件放一起
2. 報價單僅接受紙本，請勿提供電子檔