附件3

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 科室 |  | | 住院号 |  |
| 临床诊断 |  | | | | | |
| 患者  当前病情 |  | | | | | |
| 使用理由 |  | | | | | |
| 拟申请使用监控药物名称、用法、用量及疗程 |  | | | | | |
| 申请人 |  | | 日期 |  | | |
| 科室负责人意见：  签字： 年 月 日 | | | 主管院长意见：  签字： 年 月 日 | | | |

**临汾市妇幼保健院 儿童医院**

**第一批重点监控合理用药药品申请表**

备注：本表一式一份，药剂科留存。