

굿모닝병원 의약품사용 신청서

	신청일	신청과	신청과장 서명	몇번째신청?
	20 년 월 일			/3건

(1) 신청 약품 기본정보 (신청인 작성)-필수입력사항

*제품명		*제약회사 (담당자 및 연락처)	
*성분 및 함량		*예상 월평균사용량	
*신청범위	☐ 원외전용 ☐ 원내외 공용 ☐ 원내전용		
신청사유를 자세하게 기술해주십시오. 심사 에 중요한 자료로 활용 됩니다			

(2) 신청 약품 신청시 Check List (신청인 확인 사항)

1. 신청하신 약품은 보험등재 후 6개월을 초과하였습니까? (해당 약품의 보험 심사 사례에 대한 정보를 충분히 얻기 위해서입니다)	☐ 예	☐ 아니오
(아니오인경우)→6개월이 초과하지 않았는데도 신청하는 사유를 자세히 기술하여 주십시오		

2. 신청약제는 원내 또는 원외처방에 동일성분이 있습니까?	☐ 예	☐ 아니오
(예인 경우1)→동일 성분이 있는 경우 기존 약품과 완전 대체 가능할 때만 약품사용이 결정될 수 있습니다. 타과와 같이 사용하는 약품군의 경우 타과의 의견 및 약물관리위원회의 심의 결과에 따라 약품 사용이 통과되지 않을 확률이 높습니다.		
(예인 경우2)→기존약제와 사용 여부를 체크하여주십시오	☐ 완전대체	☐ 병용사용
(완전대체 체크인 경우)→대체되는 의약품의 기존 주사용 3과 동의를 받는 절차를 거친다는걸 아십니까?	☐ 예	☐ 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 gmhpharmacy@nate.com으로 파일을 보내주시기 바랍니다.
 * 메일에 다음 자료 첨부하여 주시기 바랍니다. 1) 해당약품 조사자료 (A4 3장 이내) 및 타병원사용자료 또는 유사제품과의 비교표 2) 해당약품 간단한 팸플렛 또는 약 설명서