附件4：

**河南大学第一附属医院**

**新增医用耗材（普通或高值）申请表**

申请科室： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 医用耗材（含试剂）名称 |  |
| 临床有无同类产品 | 有（ ）无（ ） |
| 用途： |  |
| 主要技术参数及功能需求： |  |
| 申请理由：（开展何种新业务必须使用此耗材；医院是否有） |   科室负责人签字： |
| 医用耗材类别：1.普通 □ 2.高值 □ |

|  |  |
| --- | --- |
| 物价科意见： |  是否可以收费是□ 收费比例：否□ |
|  负责人： 时间： |
| 医保科意见 | 是否纳入医保补偿是□ 报补比例： 否□ |
|  负责人签字： |
| 医务部或护理部意见： |   负责人： 时间： |
| 申请科室主管院长意见： |  签字： 时间： |
| 耗材管理办公室主任意见： |  签字： 时间： |