填表日期: 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 試用編號 |  | | | | \*試用單位 | | |  | | | \*試用廠商 |  |
| 一、產品基本資料 | | | | | | | | | | | | |
| 本院碼 | |  | | | | | | | | | | |
| 中文品名 | |  | | | | | | | | | | |
| 英文品名 | |  | | | | | | | | | | |
| 試用規格 | |  | | | | | | | | | | |
| 廠牌/產地 | |  | | | | | | | | | | |
| 許可證字號 | |  | | | | | | 許可證有效日期 | | |  | |
| 廠商連絡人： | | | | | | 行動電話： | | | | | 公司電話： | |
| 二、試用狀況 | | | | | | | | | | | | |
| 試用日期 | |  | | | 試用數量 | |  | 試用者  病歷號 | | |  | |
| 試用結果 | | 優點 |  | | | | | | | | | |
| 缺點 |  | | | | | | | | | |
| 與  現有品項  比較分析 | | □本院無同類品項，屬新品。  □本院有同等品：  □可併列比價，□現有契約於 年 月 日期滿。  □現無契約。  目前(原)使用品項料號：  品名規格：  製造廠/產地： 型號： 進價：  功能比較：      成本分析：    □ 兩者併存，理由：  □ 其他，理由： | | | | | | | | | | |
| 試用理由 | | □臨床上必須使用且無其他可替代品項  □本醫材療效顯著優於現有醫材  □本醫材風險顯著低於現有醫材  □本醫材使用方便性優於現有醫材  □本醫材單價低於現有醫材 | | | | | | | □其他，請說明： | | | |
| 三、本院已有類似功能之醫材（**若無類似醫材請填「無」**） | | | | | | | | | | | | |
| 本院碼 | | 中文品名 | | | | | | | 英文品名 | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | | |
| **試用結論：□適用，□不適用** | | | | | | | | | | | | |
| **試用人簽章** | | | | **二級主管簽章** | | | | | | **一級主管簽章** | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | |