|  |
| --- |
| **中山大学附属第一医院耗材使用备案表** |
| 申报科室 |  | 申报日期 |  | 需用日期 |  |
| 申请人 |  | 联系方式 |  |
| 供应商名称 |  | 联系方式 |  |
|  耗材名称 | 申请数量 | 耗材品牌 | 耗材型号 | 收费编码 | 价格 |
| 耗材1： |  |  |  |  |  |
| 耗材2： |  |  |  |  |  |
| 耗材3： |  |  |  |  |  |
| 诊断结果 | 患者姓名： | 性别： |  年龄： |  住院号： |
|  |
| 主管医生签字： | 科室主任签字： |
| 设备科意见 |  |
|  签名： 年 月 日 |
| 主管院长意见 |  |
|  |  签名： 年 月 日 |
| 备注：本表用于医用耗材备用库内项目使用备案。 |