**超说明书用药申请循证查询表**

**广州医科大学附属肿瘤医院**

**研究者发起临床研究超说明书用药申请循证查询表**

**受理编号： 申请科室： 申请日期：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **药品名称（通用名/商品名）** |  | **药品规格** |  |
| **生产厂家** |  | **批准文号** |  |
| **药品来源** | □我院供应目录内药品 □临时采购药品 □外购药/自备药 | | |
| **项目名称** |  | | |
| **项目负责人** |  | **联系电话** |  |
| **方案摘要**（用药方案部分需详细，可另附材料） |  | | |
| **超说明书用药用法**（请在对应□内打勾并填写具体内容和用法用量） | □超适应证： □超用法：  □超剂量： □超用药途径：  □超适用人群： □其它情况：  用法用量： | | |
| **超说明书用药申请理由**（需按要求另附相关的循证证据） | 1、有无合理的可替代药品； 2、是否已权衡利弊； 3、相应的合理医学实践证据（如国外说明书、指南、临床路径、教科书、专家共识、文献等）  项目负责人签名： 日期： | | |
| **科室意见** | 科室主任签名： 日期：  （需要科室主任及副高以上2人，共3人签名) | | |

备注：1、请附临床研究方案、超说明书用药循证医学证据（如药品说明书、指南或共识、文献等）；2、请正反面打印；