

辦理鴉片類物質使用障礙症美沙冬給藥服務 申請表(範本)

(本表適用於醫療機構申辦美沙冬給藥服務)

| | | | | | | | |
|----------|--------------------|---|--|----|--|----|--|
| 申請項目 | | <input type="checkbox"/> 首次申請 <input type="checkbox"/> 展延指定效期 <input type="checkbox"/> 變更指定業務 <input type="checkbox"/> 退出再申請 | | | | | |
| 機構基本資料 | 機構名稱 (請載明全銜) | | | | | | |
| | 醫事機構代碼 | | | | | | |
| | 機構電話 | | | | | | |
| | 機構地址 | | | | | | |
| | 聯絡人 | 姓名 | | 職稱 | | 電話 | |
| 申請指定業務資料 | 辦理指定業務之人員配置 (註) | <input type="checkbox"/> 醫師 _____ 名(專科別: _____) <input type="checkbox"/> 藥師 _____ 名 <input type="checkbox"/> 護理人員 _____ 名 | | | | | |
| | 註 | 1. 提供鴉片類維持治療之機構，應置醫師、藥師及護理人員至少各一名，醫師應具管制藥品使用執照，藥師得以特約方式配置，並依藥事法及藥師法及其他相關規定辦理。 2. 前點人員，應每年完成至少八小時成癮治療人員繼續教育訓練。 3. 應與置有精神科專科醫師之指定機構(衛生所除外)建立合作關係。 | | | | | |
| | 應附佐證文件 | 1. 機構開業執照及管制藥品登記證。 2. 醫師、藥師及護理人員之名單及其執業執照、繼續教育訓練證明文件；醫師之管制藥品使用執照。 3. 與辦理物質使用障礙症維持治療指定業務之精神醫療機構之合作計畫書(包括合作機構名稱、合作項目、合作內容、合作方式、合作機制及品質管理措施)。 | | | | | |