

治療犬貓及非經濟動物專案申請人用抗生素申請書

日期： 年 月 日

一、 病例個案基本資料

飼主姓名：	病歷號碼：
寵物種類：	寵物名：
診斷結果：	

二、 專案申請人用抗生素品項

主成分/劑型：(請勾選) <input type="checkbox"/> Cefepime HCL (eq to Cefepime) 注射劑型 <input type="checkbox"/> Cefixime 口服劑型 <input type="checkbox"/> Cefotaxime (Sodium) 注射劑型 <input type="checkbox"/> Ceftazidime (5H ₂ O) 注射劑型 <input type="checkbox"/> Ceftriaxone (Sodium or Disodium) 注射劑型 <input type="checkbox"/> Cilastatin (Sodium), Imipenem (Monohydrate) 注射劑型 <input type="checkbox"/> Ciprofloxacin (Hydrochloride Monohydrate or HCL or Lactate) 注射劑型 <input type="checkbox"/> Ciprofloxacin (Hydrochloride Monohydrate or HCL or Lactate) 口服劑型 <input type="checkbox"/> Clarithromycin 口服劑型 <input type="checkbox"/> Clarithromycin 注射劑型 <input type="checkbox"/> Dapsone 口服劑型 <input type="checkbox"/> Ertapenem Sodium 注射劑型 <input type="checkbox"/> Ethambutol 口服劑型 <input type="checkbox"/> Isoniazid 口服劑型 <input type="checkbox"/> Levofloxacin (Hemihydrate) 眼用劑型 <input type="checkbox"/> Linezolid 口服劑型 <input type="checkbox"/> Meropenem (Hydrate or Trihydrate) 注射劑型 <input type="checkbox"/> Minocycline (HCL) 注射劑型 <input type="checkbox"/> Piperacillin 注射劑型 <input type="checkbox"/> Piperacillin, Tazobactam 注射劑型 <input type="checkbox"/> Rifampin 口服劑型 <input type="checkbox"/> Vancomycin (HCL) 口服劑型 <input type="checkbox"/> Vancomycin (HCL) 注射劑型
數量：
申請理由： <u>(請檢附抗生素敏感性試驗結果或檢驗診斷報告等相關資料影本)</u>

三、 申請者

獸醫診療機構名稱：	開業執照字號：
-----------	---------

獸醫診療機構負責人(簽章)：	主治獸醫師(簽章)：
機構地址：	
聯絡電話：	E-mail：

此 致

農業部動植物防疫檢疫署

*備註：本表填妥後附上相關資料寄至 100060 臺北市中正區和平西路二段 100 號 9 樓