**附件**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 地（州、市）短缺药品信息上报表 | | |  |
| 填报单位（盖章）： | | |  |
|  |
| 填报人：           联系方式：          填报时间： | | |  |
| **1.品种名称** | |  |  |
| **2.剂型和规格** | |  |  |
| **3.短缺属性** | **临床必需性** | 1.临床必需£ |  |
| 2.非临床必需£ |  |
| **替代性** | 1.可替代£ |  |
| 2.不可完全替代£ |  |
| 3.不可替代£ |  |
| **4.该药品供应本地（州、市）的生产企业（附名单）** | |  |  |
| **5.短缺原因** | **报告短缺原因** | 1.地域偏远，企业不愿配送£ |  |
| 2.交易价格低，企业不愿生产£ |  |
| 3.临床用量小，企业不愿供应£ |  |
| 4.流标或废标，无企业供货£ |  |
| 5.企业生产线改造，企业产能不足£ |  |
| 6.限价交易，企业不愿供应£ |  |
| 7.原料短缺，产能不足£ |  |
| 8.原料垄断，产能不足£ |  |
| 9.其他         （请注明具体原因） |  |
| **地（州、市）核查原因** |  |  |
| **6.短缺波及范围** | **涉及县（市、区）名单** |  |  |
| **涉及三级公立医院名单** |  |  |
| **涉及二级公立医院名单** |  |  |
| **涉及政府办基层医疗卫生机构数（家）** |  |  |
| **社会办医疗卫生机构数（家）** |  |  |
| **7.已采取的应对措施** | | 1.供需对接£ |  |
| 2.药品储备£ |  |
| 3.其他         （请注明具体措施） |  |
| **8.应对结果** | |  |  |
| **9.该药品的供应企业在本地（州、市）是否供应其他品种** | | 1.企业1     1.1是（请列举采购量排名前3的品种）     1.2否   2.企业2     2.1是（请列举采购量排名前3的品种）     2.2否   …… |  |
| **10.是否掌握该药品实际在产的其他企业** | | 1.是£（附名单）  2.否£ |  |