**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£ |  |