

附件 2

_____省（区、市）短缺药品信息上报表

省级联动机制牵头单位（盖章）：

填报人：_____联系方式：_____填报时间：_____

1. 品种名		
2. 剂型和规格		
3. 短缺属性	临床必需性	1.临床必需 <input type="checkbox"/>
		2.非临床必需 <input type="checkbox"/>
	替代性	1.可替代 <input type="checkbox"/>
		2.不可完全替代 <input type="checkbox"/>
		3.不可替代 <input type="checkbox"/>
4. 该药品供应本省份的生产企业 (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 <input type="checkbox"/>
		2.交易价格低，企业不愿生产 <input type="checkbox"/>
		3.临床用量小，企业不愿供应 <input type="checkbox"/>
		4.流标或废标，无企业供货 <input type="checkbox"/>
		5.企业生产线改造，企业产能不足 <input type="checkbox"/>
		6.限价交易，企业不愿供应 <input type="checkbox"/>
		7.原料短缺，产能不足 <input type="checkbox"/>
		8.原料垄断，产能不足 <input type="checkbox"/>
	9.其他_____（请注明具体原因）	
省级核查原因		

6. 短缺波及范围	涉及地市数（个）	
	涉及三级公立医院数（家）	
	涉及二级公立医院数（家）	
	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.直接挂网 <input type="checkbox"/>	
	2.自主备案 <input type="checkbox"/>	
	3.供需对接 <input type="checkbox"/>	
	4.药品储备 <input type="checkbox"/>	
	5.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省份是否供应其他品种	1.企业 1 _____ 1.1 是 <input type="checkbox"/> （请列举采购量排名前3的品种） 1.2 否 <input type="checkbox"/> 2.企业 2 _____ 2.1 是 <input type="checkbox"/> （请列举采购量排名前3的品种） 2.2 否 <input type="checkbox"/>	
10. 是否掌握该药品实际在产的其他企业	1.是 <input type="checkbox"/> （附名单） 2.否 <input type="checkbox"/>	