**药品引进登记表**

**一、基本信息**

药品名称（通用名） 商品名

剂型 规格与包装 采购价

生产商

医保：

 自费 职工 城镇居民 医保（甲类、乙类）

是否基本药物：

 国家基本药物目录

 国家谈判药品

 国家集采药品

**二、临床使用信息**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 安全性 | 特殊人群用药安全性 | □ 儿童： □ 老人： □ 妊娠及哺乳期妇女： □ 肝肾功能不全者：  |
| 不良反应及发生概率 | 一般不良反应： 严重不良反应： |
| 禁忌症 |  |
| 注意事项 |  |
| 与同类药物的安全性比较 | □ 无同类药物 □ 有同类药物（ ）安全性相比：□ 更好 □ 相当 □ 更差  |
| 有效性（附资料） | 证据级别 |  |
| 推荐强度 |  |
| 方便性 | 用法用量 |  |
| 配置及使用方法 |  |
| 稳定性： | 配置后 小时内稳定 |
| 特殊使用要求 | □专用溶媒（ ） □专用输液器 □特殊输注速度（ ） □避光输注  |
| 皮试要求 | 是否需要皮试： □否 □是（需提供皮试试剂）  |
| 储存要求 | □ 冷冻 □ 冷藏 □ 阴凉处 □ 常温 □ 避光 |
| 登记人： 登记日期： |

**药品引进形式审核表**

**第一部分 基本信息**

1、药品名称（通用名） 商品名

2、剂型 规格与包装 采购价

3、生产商

**第二部分 申请理由**

4、**申请药品依据：填表并备注文献名称及证据位置。**

5、医院在用同类或同名药物

5.1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 药品名称 | 剂型 | 规格 | 生产商 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

5.2申请药品拟取代已在医院药品目录内具有相同适应征的拟被取代药品名称及理由；拟引进药品填写申请理由相关表格。

1）

2）

6、医保方面

 自费 职工 城镇居民 医保（甲类、乙类）

7、基本药物

 国家基本药物目录

 国家谈判药品

 国家集采药品

**第三部分 使用科室信息备案**

拟需要推广的科室（可以填多个）

 。

审核人签名 审核日期

**药品引进技术性审核表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药品名称 |  | 规格 |  | 生产厂家 |  |
| 安全性 | 特殊人群用药安全性 | □ 儿童： □ 老人： □ 妊娠及哺乳期妇女： □ 肝肾功能不全者：  |
| 不良反应及发生概率 | 一般不良反应： 严重不良反应： |
| 禁忌症 |  |
| 注意事项 |  |
| 与同类药物的安全性比较 | □ 无同类药物 □ 有同类药物（ ）安全性相比：□ 更好 □ 相当 □ 更差  |
| 有效性 | 证据级别推荐强度 |  |
| 与同类药物的疗效比较 | □ 无同类药物□ 有同类药物（ ）疗效相比：□ 更好 □ 相当 □ 更差  |
| 经济性 | 成本－效果分析 |  |
|
| 方便性 | 用法用量 |  |
| 配置及使用方法 |  |
| 稳定性： | 配置后 小时内稳定 |
| 特殊使用要求 | □专用溶媒（ ） □专用输液器 □特殊输注速度（ ） □避光输注  |
| 皮试要求 | 是否需要皮试： □否 □是（需提供皮试试剂）  |
| 储存要求 | □ 冷冻 □ 冷藏 □ 阴凉处 □ 常温 □ 避光 |
| 审核人签名： 审核日期: |

**医药代表接待与药品引进流程**

医药代表填报《医药代表来院预约登记表》、《药品引进登记表》，发送至药学部指定邮箱

工作组组长对预约资料进行初步审查、整理并发送至形式审核药师

形式审核，填写形式审核表并签名，通过后发送至技术审核药师

技术审核，填写技术审核表并签名，通过后提交工作组

医药代表接待管理工作组对通过审核的药品进行组内交流讨论

商务谈判，谈判成功后发送至技术审核药师

技术审核药师结合审查与谈判结果，与临床科室进行沟通，临床科室同意使用后，填写《药品引进申请表》提交药事会

进入药事会审批程序

分管院长审批

**医药代表接待与学术会议登记流程**

安排开展科级或院级学术会议

医药代表填报《医药代表来院预约登记表》，并与学术会议相关课件、资料一同发送至药学部指定邮箱

工作组组长对预约资料进行初步审查、整理并发送至临床药师

临床药师对学术会议相关资料进行审核后，提交接待工作组学习讨论

分管院长审批；

院级会议同时上报医务部审批