重庆市急救医疗中心

关于部分药品询价的通知

各医药公司：

为保障临床用药，现对部分药品进行公开询价，目录见附件1。各医药公司可提供同规格或类似规格可稳定供应、质量可靠的相同或其它厂家药品供应。提交药品需已在重庆市药交所挂网，且价格不能高于医保支付价。

各医药公司需提交如下材料：1.药品外包装、说明书、样品，2.拟供应药品汇总表，3.药品调整申请表，4.授权配送委托书，5.配送商业及厂家承诺保证书，6.药品交易记录（教学医院去向），7.新药相关资料等。

材料递交要求：请同时递交电子版与纸质版，电子版请发到邮箱：yjk1632200@163.com 。纸质版请递交至药剂科库房办公室。资料递交截止时间：2024年1月15日。联系人：王薛，电话：63692202。

重庆市第四人民医院药剂科

2024.1.10

附件1：各医药公司拟供应药品汇总表

附件2：药品调整申请表

附件3：配送商业及厂家承诺保证书

附件4：新药相关资料

**附件1：**

**医药公司拟供应药品汇总表**

| **序号** | **药品名称** | **规格** | **单位** | **厂家** | **价格** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 阿普唑仑片 | 0.4mg |  |  |  |
| 2 | 氢氯噻嗪片 | 25mg |  |  |  |
| 3 | 卡马西平片 | 0.1g |  |  |  |
| 4 | 灭菌注射用水（玻瓶/塑瓶） | 5ml |  |  |  |
| 5 | 氨甲苯酸注射液 | 10ml：0.1g |  |  |  |

**XX公司**

**2024.XX.XX**

**附件2：药品调整申请表**

|  |
| --- |
|  表号:  |
| **重庆市急救医疗中心 重庆市第四人民医院** |
| **药品调整申请表** |
| 联系人： 联系电话： 申请时间： 年 月 日 |
| 申请调整项目（可多选)： □药品名称 □成分 □规格 □包装 □价格 □生产企业 □配送企业 □其他（ ）  |
| 情况说明（请简要说明原因并加盖公章）   申请公司：  |
| 项目 | 原有药品信息 | 申请药品信息 |
| 药品名称（通用名/商品名） |  |  |
| 规格 |  |  |
| 上市许可持有人 |  |  |
| 生产企业 |  |  |
| 配送企业 |  |  |
| 基本药物类型 |  国家基药 非基药 |  国家基药 非基药 |
| 医保属性 |  甲类 乙类 非 |  甲类 乙类 非 |
| 医保流水号/医疗目录编码 |  |  |
| 医保支付价 |  |  |
| 药交所挂牌价 |  |  |
| 医院采购价 |  |  |
| 药剂科意见 |  |
| 分管院长审批 |  |

**附件3：配送商业及厂家承诺保证书**

**承 诺 保 障 书**

**重庆市第四人民医院：**

 **此次报价药品品名：“XX”，规格XX，生产厂家XX，药交所挂网价XX元，医保码XX，支付价XX元。现经销商与生产厂家共同承诺，从2023年X月X日起至2024年X月X日止，一年之内，不论原材料上涨或者任何原因，均以合同价XX保证贵院稳定货源。**

**XX公司 XX药业有限公司**

**2024.XX.XX 2024.XX.XX**

**（备注：厂家及配送公司皆需盖鲜章）**

**附件4：新药相关资料**

**新药相关资料**

**药品名称 规格**

**生产厂家**

|  |
| --- |
| 新药相关资料 审核人 |
| 1.生产批件或试生产批件 □ 2.注册商标批件 □ 3.包装标签说明书实样或彩色报备文件 □ 4.法定检验报告书 □ 5.法定质量标准 □ 6.药学或临床综述资料 □7.药品交易记录（教学医院去向） □ |
| 药品生产企业资料 |
| 1.药品生产企业许可证 □ 2.营业执照 □   |

（请在上表中打钩标注实际提供的材料）