附件2.新药入院申请表

**新药入院申请表**

填表时间： 年 月 日 适用科室：

通用名： 商品名：

剂型： 规格： 包装：

新药类别： 批准文号：

药品本位码（869）： 报价：

生产厂家：

分包装厂家：

国家医保编码： 报销范围：医保甲□ 医保乙□ 自费□

四川省药械集中采购及医药价格监管平台 产品ID： 原产品编号：

采购类别：集采中标药品□ 集采非中标药品□ 价格联动产品□ 创新药品□ 备案转价格联动产品□ 急抢救药品□ 血液药品□ 麻醉药品□

第一类精神药品□ 毒性药品□ 短缺药品□ 国家谈判□ 放射性药品□

临床急需药品□

联系人姓名： 联系电话：

主要用途或适应证：

用法、用量及疗程：

**企 业（公章）：**

**年 月 日**