

附件 3

_____省（区、市）短缺药品停产情况表

省级联动机制牵头单位（盖章）：

填报人：_____ 联系方式：_____ 填报时间：_____

一、企业报告短缺药品的基本情况

（一）企业名称：_____

（二）品种名称：_____，剂型：_____，规格：_____

（三）主要临床用途：_____

（四）药品属性：1.基本药物；2.急（抢）救药品；3.特殊管理药品；4.中毒解救药品；5.其他_____

（五）停产时间：_____

（六）停产原因：_____

（七）预计复产时间：_____

二、省内供应和使用情况

（八）临床使用情况：_____

（九）供应现状：_____
