|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件  参加安徽省“三进”集采药品明细表  申报企业（单位公章）： 申报日期： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 集采项目名称 | 主流水号 | 药品统一编码 | 药品通用名 | 产品名称 | 剂型 | 包装规格 | 包装材质 | 最小包装单位 | 生产企业名称 | 中选企业名称 | 批准文号 | 中选价格 | 治疗领域 | 适应症 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注： 1.药品所属集采项目名称、通用名、产品名称、剂型、规格、包装材质、最小制剂单位、最小包装单位等信息应与安徽省医保信息平台药品和医用耗材招采管理子系统一致。 2.治疗领域需按照《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2024年）》的药品分类注明类别（如：消化道和代谢方面的药物、血液和造血器官药、心血管系统、皮肤病用药，全身用抗感染药、抗肿瘤药及免疫调节剂等，未在目录范围内药品可填写其他）。 3.适应症参照药品说明书简要填写。 | | | | | | | | | | | | | | | |

联系人： 联系电话：