**附件2：**

医疗机构抗菌药物分级管理目录外药品备案表

上报单位： 联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | |  | | |
| 抗菌药物通用名称 | |  | | |
| 剂型 |  | | 规格 |  |
| 单位/价格 |  | | 生产企业 |  |
| 分级管理级别 | |  | | |
| 申请使用该品种的原因及循证医学依据（可另附页） | | | | |
| 医疗机构药事管理与药物治疗学委员会（组）意见（可另附页）  主任委员签字：  日期： | | | | |
| 医疗机构法人代表意见：  签字（盖章）：  日期： | | | | |