附件3

广西壮族自治区医疗机构抗菌药物

临床应用备案表

|  |  |
| --- | --- |
| 医疗机构名称（盖章）： | |
| 抗菌药物通用名称： | |
| 剂型： | 规格： |
| 单位价格： | 分级管理级别： |
| 生产企业： | |
| 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： | |

注：当备案的厂家供货出现短缺时，更换厂家后不再临时行备案手续，经医疗机构药事管理与药物治疗学委员会讨论同意，采购同品同规药物继续使用即可。