附件2

浙江省医疗机构中药制剂需求调查表

|  |  |
| --- | --- |
| 医疗机构名称 |   |
| “十四五”期间《医疗机构制剂许可证》申请计划 | □无 |
| □有 | □自建  | □共建 | 共建单位： |
| 院内制剂转化计划 | □无 | □有 | 拟转制剂个数： |
| 制剂室扩建计划 | □无 | □有 | □自建 □共建 □委托生产 |
| 院内制剂研发计划 | 2022年 | 注册制： 种 | 备案制： 种 |
| 2023年 | 注册制： 种 | 备案制： 种 |
| 2024年 | 注册制： 种 | 备案制： 种 |
| 开发方式 | □自主研发 □合作研发 □委托研发 |
| 贵院开发院内制剂的资金投入情况： | □无 □有 万 （2019-2021总额） |
| 贵院开发院内制剂过程中，需要借助的外部力量是？（可多选） | □资金 □技术 □生产 □政策法规 □其它，如：  |
| 基于院内制剂的创新药物开发，目前面临的障碍是什么？（可多选）  | □知识产权归属顾虑 □缺乏政策、技术支持 □研发资金不足 □后期权益分配不明 □新制剂医保审批通道不畅□缺乏医院-企业转化信息沟通渠道 □其它，如：  |
| 贵单位进行院内制剂开发，是自己独立进行还是合作开发，请选出合作意向单位。 | □独立开发 □浙江省医疗机构制剂公共服务平台，如高校（中医药大学）、科研院所（中科院医学所）、医疗机构（省中医院等） □企业制剂转化平台 |
| 贵单位对院内制剂研发单位有何需求？ |
| 请写出贵单位拟开发院内制剂的处方（或制剂）名、对应病证。（可加页） |