

湖州市妇幼保健院文件

湖妇保〔2024〕24号

湖州市妇幼保健院关于修订印发医药(械) 代表接待日制度的通知

各科室：

现将《医药(械)代表接待日制度》印发给你们，请认真贯彻执行。

湖州市妇幼保健院

2024年6月4日

医药(械)代表接待日制度

一、目的：为加强行风建设，建立医院与医药（械）生产经销企业之间信息与技术交流的正常渠道，特制定本制度。

二、适用范围：全院范围

三、制定依据：

《医疗机构管理条例》；

《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》；

《关于加强医疗卫生机构统方管理的规定》；

《医药代表备案管理办法（试行）》等。

四、内容：

（一）接待时间：根据医院临床新药械耗引进的需求，确定接待时间。原则上每季度接待一次，如遇紧急采购需求或报名人数较多，可临时增加接待次数。每次具体时间、接待内容、接待的医药（械）代表由采购与供应中心在医院官方网站发布公告。

（二）接待地点：住院二楼阳光会谈室。如有变动，以院方每次公布地点为准。

（三）接待内容：收集药品、设备器械、医用耗材等相关资料、听取医药（械）代表关于新药或新器械的产品介绍，加强信息沟通。

（四）接待方式：医药（械）代表预约登记。接待日前，医药（械）代表须填写《医药（械）代表接待日登记表》向院方发送电子邮件进行预约登记。院方按医药（械）代表登记时间（以收到 E-mail 时间为准）次序排队安排接待时间。

医院相关部门根据医院情况有权决定是否接待，并于接待日前一周以电子邮件回复，通知接待与否。

（五）接待流程：

1. 医药（械）代表接待日登记时间截止接待前日，每次接待原则上不超过 25 人次。为方便医药（械）代表，使接待工作有序进行，请通过 E-mail (hzfbycgk@163.com) 登记，如有疑问，可致电 0572-2030436 咨询。

2. 医药（械）代表需提交法人委托书，本人身份证复印件以及《湖州市妇幼保健院新医药（械）资料表》。

3. 接待日产品介绍会议由采购与供应中心组织，分管领导、院纪委、药(械)委员会成员及临床专家（监察室随机抽取）参加，必要时可邀请院长参加，实行集体接待。

（六）接待要求：

1. 责任科室要做好预约安排等有关服务工作。规范接待程序。参与接待人员要认真听取医药（械）代表相关情况的介绍，做好交流和沟通工作。

2. 严禁医药代表私自进入科室（门诊、急诊、病区等）进行有关产品宣传和促销活动。

3. 认真执行上级有关规定和要求，严格依据政策法规及医院有关规章制度处理接待中的有关问题，自觉维护正常的医院工作秩序。

4. 医药（械）代表来院参与接待需严格执行扫码备案管理；每次接待的情况由相关职能科负责记录在案，统一管理。

五、监督管理

1. 医院各部门及个人不得违反规定私自“统方”，并向

医药械代表提供用药、用耗、用械等相关信息。若有违反，一经发现并查实按医院制度及相关规定处理。

2. 医院各部门及个人私自违规接待、接触医药代表，首次发现将约谈涉事人员及科室负责人；第二次发现视作违反“九项准则”行为，按《医院奖惩制度》进行处理；情节严重的，根据有关法律法规进行处置。

3. 医药代表不得以回扣、宴请、娱乐、学术等活动方式影响医务人员采购或使用医药产品的选择权。

4. 医药代表私自接触医院相关人员，被发现且警告2次以上，限其一年期内不得参与医院招标采购活动或暂停使用该企业产品，并将该医药代表或生产经营企业列入不良行为名单并上报上级主管部门。

5. 医院各网格化监督员应当加强巡查，如在规定时间、地点外发现医药代表开展相关活动的，应当立即劝离并保留证据，上报医院纪检监察部门。院纪检监察强化日常监管及违规行为的处置。

六、附则

1. 后勤物资、建设工程、科研教学、信息软件、外包服务等项目供应（服务）商代表参照本制度执行。

2. 本制度修订发布之日起实施，由院相关职能科室解释。

湖州市妇幼保健院医疗器械代表接待登记表

产品名称			通用名		
省中标情况	集中 () 阳光 () 其他 ()	单独收费	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	医保	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
规格			产品价格	元	
供货单位			姓名		
			联系方式		
生产企业			姓名		
			联系方式		
正在使用医院	省内：				
	省外：				
产品特点 和优势					
产品适用科室					

说明：1. 务请表格填写完整、规范；

2. 提供资料：厂家及供货商营业执照、医疗器械注册证或者备案凭证、
医疗器械生产（经营）许可证或备案凭证；

湖州市妇幼保健院医药代表接待日新药登记表

药品通用名		商品名		规格、包装	
医保情况	甲类() 乙类() 非医保()	是否国家基本药物		是()	否()
是否带量采购品种	是() 否()	是否国家谈判品种		是()	否()
主要成分			中标价格		
生产企业			配送企业		
批准文号			上市年份		
主要适应症					
产品特点 或优势					
主要不良反应					

正在使用医院	省内： 省外：		
医药代表姓名		单位	
联系电话		E-mail	
<p>请递交以下资料：</p> <p>1、身份证复印件</p> <p>2、法人委托书</p> <p>3、药品说明书、彩页</p>			