

# 中共赣州市赣县区妇幼保健计划生育服务中心总支部委员会

赣县妇幼党总字〔2023〕21号

## 关于印发《赣县区妇幼保健计划生育服务中心 医药代表接待管理办法（试行）》的通知

各支部、各科室：

经研究，现将《赣县区妇幼保健计划生育服务中心医药代表接待管理办法（试行）》印发给你们，请认真遵照执行。

中共赣州市赣县区妇幼保健计划生育  
服务中心总支部委员会

2023年11月30日

# 赣县区妇幼保健计划生育服务中心医药代表 接待管理办法（试行）

## 第一章 总则

**第一条** 为进一步严明行业纪律，加强医院行业作风建设，规范医药代表在我院的从业行为，深入纠治医药购销领域不正之风，提高医疗机构工作人员廉洁自律自觉性，依据《医疗机构从业人员行为规范》《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》《医药代表医疗机构内拜访工作人员管理办法（2021年）》等规定，结合我院实际，特制定本办法。

**第二条** 本办法所称医药代表，是指药品、医用器械、医用耗材等生产经营企业聘请在医疗机构从事药品、医用器械、医用耗材等产品学术、商业推广的工作人员（工程安装维修人员、投标人员和技术人员除外）。

**第三条** 本办法所称工作人员，是指本院与药品、医用器械、医用耗材等使用、管理有关的工作人员。

**第四条** 院班子成员根据分工对分管部门接待医药代表工作负领导责任，纪检监察室负牵头管理责任，药剂科、设备科负部门组织管理责任，临床科室、医技科室、职能科室主任负本科室直接管理责任。

各科室在医院纪检监察办公室指导下，定期开展自查自纠工作。

## 第二章 接待管理

**第五条** 医药代表在院内开展有关产品学术、商业推广活动，原则上每年至少在医德医风办登记备案一次，中途更换代表应及时申请变更，未经备案的医药代表不得在医院开展有关产品学术、商业推广活动。

备案流程：医药代表在电脑端点击医院官网（[www.gxqfybjy.cn](http://www.gxqfybjy.cn)）进入“医院公告”→“关于实施《赣县区妇幼保健计划生育服务中心医药代表接待管理办法（试行）》的公告”下载填写《赣县区妇幼保健院医药代表登记备案表》（附件1），将登记备案表及备案所需材料发至医德医风办邮箱（[gxqfbydb@163.com](mailto:gxqfbydb@163.com)），备案所需材料应包含如下事项：1. 药品、医用器械、医用耗材等生产经营企业法定代表人签字或盖章的授权委托书原件、被授权人身份证原件及复印件。2. 加盖企业公章的廉洁承诺书。

**第六条** 医药代表在本院开展产品学术、商业推广活动，实行预约管理，预约接待由医院医德医风办负责组织实施，相关职能部门共同落实，按照“三定两有”（定接待时间、定接待地点、定接待人员，有接待流程、有接待记录）原则进行接待。

**第七条** 医药代表来院时应提供包含且不限于如下事项：

（一）药品、医用器械、医用耗材、医学检验检查等生产经营企业营业执照复印件；

(二) 药品、医用器械、医用耗材、医学检验检查等生产经营企业法定代表人签字或盖章的授权委托书原件、被授权人身份证原件及复印件;

(三) 加盖企业公章的廉洁承诺书;

(四) 药品、医用耗材、仪器设备说明书及彩页宣传资料; 报价、参数等其它的相关产品详细资料。

(五) 加盖企业印章的(GMP)认证证书复印件及生产批件复印件、医用器械(设备)注册证或医用器械备案凭证复印件等。

**第八条** 接待时间。每周二 15:00—17:00 为固定接待时间(如遇特殊或紧急情况,接待时间可根据实际工作调整)。

**第九条** 接待地点。国医馆五楼医药代表接待室。(如遇特殊或紧急情况需更改接待地点则另行通知)。

**第十条** 接待人员。与接待内容相关的分管领导、医德医风办公室、医务科、药剂科、设备科等相关职能科室,以及涉及到的相关临床、医技科室主要负责人及相关人员参加,实行集体接待,医院纪检监察部门派人全程监督。

**第十一条** 接待流程。

1. 申请预约:医药代表在电脑端点击医院官网([www.gxqfybjy.cn](http://www.gxqfybjy.cn))进入“医院公告”→“关于实施《赣县区妇幼保健计划生育服务中心医药代表接待管理办法(试行)》的公告”,下载《赣县区妇幼保健院医药代表来院预约登记表》(附

件 2)，以邮件方式发送至医德医风办（邮箱 gxqfbydb@163.com）预约登记，至少提前 7 个工作日预约。联系电话：0797-7206900。

2. 收集审核：医德医风办登记分类后交相关归口部门进行审核；

3. 通知：审核通过后，医德医风办根据医院实际需求，邮件回复是否接待，确定有需要的，在接待日前 3 天通知预约医药代表，明确时间、地点、接待部门及人员。对推介新产品和敏感药品、举办协会学术活动的，需征求相关分管部门负责人意见后进行回复。

4. 现场确认：医药代表在指定时间携带本人身份证及相关资料到医德医风办进行确认；

5. 接待：确认后由职能部门（药剂科、设备科）组织相关科室和相关专业人员到指定地点接待医药代表，接待部门应当按照“三定两有”要求进行接待。

6. 接待记录：负责接待的职能部门做好记录，每次接待的情况都要记录在案，并交医德医风办保管和归档、使用。

**第十二条** 接待日工作。主要是收集药品、医用器械、医用耗材生产企业或经销商代表提供的资料；听取医药代表新药、专科药及新耗材和信息介绍；听取仪器设备代表对新设备的功能特点介绍；与临床医务人员交流沟通等。

**第十三条** 医药代表只能在接待日开展学术推广商业推广活动，如特殊情况需要在非接待日从事上述活动的，需经医德医风

办审批同意后方可进行。未经允许，医药代表不得擅自在我院开展业务活动。严禁工作人员违反接待管理有关规定，擅自与医药代表接触。

### 第三章 监督管理

**第十四条** 被接待的医药代表与事先预约人员信息不一致的，应由被接待人说明理由，并经医院纪检监察部门审批同意。对未提前预约或身份信息未通过的医药代表一律不接待。

**第十五条** 医院纪检监察部门组织开展不定期实地、监控巡查。

**第十六条** 医药代表不得违法违规开展活动，不得以任何名义任何形式向本院工作人员（含其近亲属和其他特定关系人）给予回扣，不得委托技术人员、安装维修人员等统计本公司产品服务在本院使用数量，不得向本院工作人员索取产品销售相关信息。

**第十七条** 医药代表违反本办法规定的，将该企业申请列入江西省医药购销领域商业贿赂不良记录，视情节给予涉事企业有关产品服务限量采购、终止与其合作关系等处理措施，情节严重的，两年内不购入该企业产品或服务。

**第十八条** 本院医务人员违反本办法管理规定擅自接待医药代表的，由纪检监察室约谈涉事工作人员、科室负责人，全院通报批评；情节严重的，记入个人医德医风档案，取消当年度所有评优评先资格；涉嫌严重违纪的，交由纪检监察部门开展组织调查；涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

**第十九条** 如医务人员被医药、器械、仪器设备代表纠缠，“被动”接触了医药代表，应坚决予以驱离，并于12小时向医德医风办公室备案，说明有关情况。

**第二十条** 各公司业务员到我院进行送货等日常相关工作，只能到指定的相关部门办理。办事完毕，应即刻离开；不得随意到病区、门诊、院领导办公室或其它部门走动，以免影响医院正常工作。

**第二十一条** 医学检验检查外送等其他医药相关产品、服务来院推销活动接待参照本办法执行。

**第二十二条** 本办法自发文之日起执行，赣县区妇幼保健院医德医风办负责解释。

- 附件：1. 赣县区妇幼保健院医药代表登记备案表  
2. 赣县区妇幼保健院医药代表预约登记表

## 赣县区妇幼保健院医药代表登记备案表

登记备案日期:      年    月    日

备案编号:

|       |                                        |                               |                            |                            |      |                            |                            |                            |  |
|-------|----------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| 来访者登记 | 姓 名                                    |                               | 性 别                        |                            | 年 龄  |                            | 照 片                        |                            |  |
|       | 身份证号                                   |                               |                            |                            |      |                            |                            |                            |  |
|       | 联系电话                                   |                               |                            |                            |      |                            |                            |                            |  |
|       | 岗位职务                                   |                               |                            |                            |      |                            |                            |                            |  |
|       | 企业公司全称                                 |                               |                            |                            |      |                            |                            |                            |  |
|       | 企业地址                                   | 省            市            县/区 |                            |                            |      |                            |                            |                            |  |
|       | 人事部门电话                                 |                               |                            |                            |      |                            |                            |                            |  |
|       | 法定代表人                                  |                               |                            |                            |      | 授权委托书                      | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 无 |  |
|       | 授权业务范围                                 |                               |                            |                            |      | 授权起止日期                     |                            |                            |  |
|       | 医药代表资质                                 | 相关专业证书                        | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 无 | 培训证书 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 无 |                            |  |
|       | 授权类别、品种或推广项目                           |                               |                            |                            |      |                            |                            |                            |  |
|       | 本院相关产品: (用 Excel 表格列出产品名称、规格、剂型、产地等信息) |                               |                            |                            |      |                            |                            |                            |  |
|       | 年度首次备案                                 | <input type="checkbox"/> 是    | <input type="checkbox"/> 否 | 登记备案日期                     |      |                            |                            |                            |  |
|       | 备案者签名                                  |                               |                            |                            |      |                            |                            |                            |  |

备注: 与本院有业务往来的医药代表均要备案登记, 未备案的一律不予接待。

## 赣县区妇幼保健院医药代表预约登记表

预约日期:

编号:

|                  |                                                                                                                                                                                                                                   |        |  |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--|
| 企业公司名称           |                                                                                                                                                                                                                                   |        |  |
| 企业公司地址           |                                                                                                                                                                                                                                   |        |  |
| 代表姓名             |                                                                                                                                                                                                                                   | 性 别    |  |
| 身份证号             |                                                                                                                                                                                                                                   | 联系电话   |  |
| 邮 箱              |                                                                                                                                                                                                                                   | 计划来访时间 |  |
| 来访事由             | <input type="checkbox"/> 推介新产品或新技术 <input type="checkbox"/> 在用产品沟通 <input type="checkbox"/> 业务沟通<br><input type="checkbox"/> 其他事项（简明叙述）                                                                                           |        |  |
| 产品类别             | <input type="checkbox"/> 药品类 <input type="checkbox"/> 设备类 <input type="checkbox"/> 耗材类 <input type="checkbox"/> 物资类<br><input type="checkbox"/> 食品类 <input type="checkbox"/> 信息类 <input type="checkbox"/> 其他类                     |        |  |
| 涉及产品或项目名称        |                                                                                                                                                                                                                                   |        |  |
| 产品或项目介绍内容：（简明叙述） |                                                                                                                                                                                                                                   |        |  |
| 归口部门意见           |                                                                                                                                                                                                                                   | 分管领导意见 |  |
| 接待反馈意见           | <p>_____:</p> <p>请您遵守《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》和《赣县区妇幼保健计划生育服务中心医药代表接待管理办法（试行）》等相关要求，</p> <p>_____月_____日 _____时____分准时到_____与相关人员会谈。</p> <p style="text-align: right;">赣县区妇幼保健院医德医风管理办公室</p> <p style="text-align: right;">年   月   日</p> |        |  |

备注：1、预约人填写至产品或项目介绍。

2、请将接待预约登记表提前七个工作日报送医德医风办邮箱进行预约。

(此页无正文)

---

赣县区妇幼保健计划生育服务中心党总支办公室 2023 年 11 月 30 日印发

---