**Phụ lục 03.1**

**Mẫu cơ sở kinh doanh dược báo cáo kết quả thực hiện**

**chương trình hỗ trợ thuốc**

*(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày / /2025*

*của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

**1. Thông tin chung**

- Tên chương trình hỗ trợ

- Thông tin thuốc sử dụng trong chương trình (Tên thuốc*,* số đăng ký/ giấy phép nhập khẩu, đường dùng, dạng bào chế, hàm lượng, nhà sản xuất, nước sản xuất,…)

- Hình thức hỗ trợ

- Thời gian tiếp nhận người bệnh

- Thời gian thực hiện chương trình

- Địa điểm thực hiện

- Đối tượng áp dụng

- Chỉ định áp dụng

**2. Báo cáo số liệu** *(Từ ngày…tháng…năm…đến ngày…tháng…năm…)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Tên** **cơ sở KCB** | **Thời gian bắt đầu thực hiện tại cơ sở KCB** | **Số lượng người bệnh** | **Số lượng thuốc** | **Giá trị thuốc** |
| **Tổng số người bệnh tham gia** | **Tổng số người bệnh dừng tham gia** | **Số lượng đang tham gia** | **Tổng số thuốc đã hỗ trợ** | **Số thuốc hỗ trợ trong năm** | **Tổng giá trị thuốc đã hỗ trợ** | **Giá trị thuốc hỗ trợ trong năm** |
| 1 | Cơ sở 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Cơ sở 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … | … |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Cộng** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**3. Báo cáo thuận lợi, khó khăn, vướng mắc trong tổ chức thực hiện**

a) Thuận lợi

b) Khó khăn, vướng mắc

**4. Đề xuất, kiến nghị**

 …, ngày...tháng…năm…

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:****-**-* | TÊN CƠ SỞ KINH DOANH DƯỢC*(Ký tên, đóng dấu)* |

**Phụ lục 03.2**

**Mẫu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh báo cáo kết quả thực hiện**

 **chương trình hỗ trợ thuốc**

*(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày / /2025*

*của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

**1. Thông tin chung**

- Tên chương trình hỗ trợ

- Thông tin thuốc sử dụng trong chương trình (Tên thuốc*,* số đăng ký/ giấy phép nhập khẩu, đường dùng, dạng bào chế, hàm lượng, nhà sản xuất, nước sản xuất,…)

- Hình thức hỗ trợ

- Thời gian tiếp nhận người bệnh

- Thời gian thực hiện chương trình

- Đối tượng áp dụng

- Chỉ định áp dụng

**2. Báo cáo số liệu** *(Từ ngày…tháng…năm…đến ngày…tháng…năm…)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Số lượng người bệnh** | **Số lượng thuốc** | **Giá trị thuốc** |
| **Tổng số người bệnh tham gia** | **Tổng số người bệnh dừng tham gia** | **Số lượng đang tham gia** | **Tổng số thuốc đã hỗ trợ** | **Số thuốc hỗ trợ trong năm** | **Tổng giá trị thuốc đã hỗ trợ** | **Giá trị thuốc hỗ trợ trong năm** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**3. Báo cáo thuận lợi, khó khăn, vướng mắc trong tổ chức thực hiện**

a) Thuận lợi

b) Khó khăn, vướng mắc

**4. Đề xuất, kiến nghị**

 …, ngày...tháng…năm…

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:****-**-* | TÊN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH*(Ký tên, đóng dấu)* |