附件1

**北京市药物警戒站首次申报审批表**

|  |
| --- |
| **申 报 资 料** |
| **一、医院基本情况**名称： 医院级别： 实际开放床位数（张）：  |
| **二、药品不良反应监测工作现状**1.主管部门： 负责人及职务： 2.具体从事监测工作人员情况：姓名： 所在部门： 职称： 联系电话： 姓名： 所在部门： 职称： 联系电话： 姓名： 所在部门： 职称： 联系电话： 3.已建立的药品不良反应监测制度名称（详细内容复印件附本表后）⑴ ⑵ ⑶ ⑷ ⑸ ⑹ 4.近3年不良反应报告数量：2022年：报告总数（ ）例；严重报告数（ ）例2023年：报告总数（ ）例；严重报告数（ ）例2024年：报告总数（ ）例；严重报告数（ ）例 |
| **三、办公设备配备情况**1.电脑（ ）台 是否具备上网条件？ ⑴是□ ⑵否□2.平均年专项工作经费 元。 |
| **四、申请承诺**本单位申请加入北京市药物警戒站，愿意承担警戒站相关职责，并遵守相关规定。申报单位负责人签字：（单位公章）年 月 日 |
| **辖区市场监督管理局审核意见**负责人签字：（单位公章）年 月 日 | **北京市药品不良反应监测中心审核意见**负责人签字：（单位公章）年 月 日 |
| **北京市药品监督管理局审批意见**负责人签字：（单位公章）年 月 日 |