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 | |