附件2

**北京市药物警戒站重新认定审批表**

|  |  |
| --- | --- |
| **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.药品不良反应监测管理员：  姓名： 所在部门： 职称： 联系电话：  3.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  4.是否建立院内不良反应上报相关信息系统?  ⑴是□ ⑵否□ | |
| **三、申请承诺**  本单位申请继续保留北京市药物警戒站资格，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 |