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 |