附件5

清涧县药品和医疗器械安全突发事件信息报告表

报送单位（盖章）： 报送时间： 年 月 日 时 分

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事 件  名 称 |  | | | | |
| 参与处置部门 |  | | | | |
| 主 报 |  | | 报告类别（√） | | 初报（ ）续报（ ） |
| 抄 送 |  | | | | |
| 签 发  领 导 |  | | | | |
| 事 发  时 间 |  | 事 发  地 点 | |  | |
| 事件等级（√） | （ ）非级别 （ ）一般（Ⅳ级） （ ）较大（Ⅲ级）  （ ）重大（Ⅱ级） （ ）特别重大（Ⅰ级） | | | | |
| 事件基本情况 | 初报情况：  续报情况： | | | | |
| 事 件  原 因 | 初判原因：  续报原因： | | | | |
| 控 制  措 施 | 初报处置措施：  续报处置情况： | | | | |
| 联 系  方 式 | 联系人： 电话： 传真：  手 机： 电子邮箱：  地址/邮编： | | | | |
| 备 注 | 事发地市场监管部门及相关职能部门依本《预案》规定第一时间报告事件信息 | | | | |