

药品不良反应/事件报告表

首次报告 跟踪报告 报告类型：新的 严重 一般

报告单位类别：医疗机构 经营企业 生产企业 个人 其他 _____

患者姓名：	性别：男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	出生日期： 年 月 日	民族：	体重 (kg)：	联系方式：		
原患疾病：	医院名称：	既往药品不良反应/事件：有 <input type="checkbox"/> _____ 无 <input type="checkbox"/> 不详 <input type="checkbox"/>					
	病历号/门诊号：	家族药品不良反应/事件：有 <input type="checkbox"/> _____ 无 <input type="checkbox"/> 不详 <input type="checkbox"/>					
相关重要信息： 吸烟史 <input type="checkbox"/> 饮酒史 <input type="checkbox"/> 妊娠期 <input type="checkbox"/> 肝病史 <input type="checkbox"/> 肾病史 <input type="checkbox"/> 过敏史 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> _____							
药品	批准文号	通用名称	生产厂家	生产批号	用法用量 (次剂量、日次数)	用药起 止时间	用药原因
怀疑药品							
合用药品							
不良反应/事件名称：				不良反应/事件发生时间： 年 月 日			
<p>不良反应/事件过程描述（包括症状、体征、临床检验等）及处理情况（可附页）：</p> <p>患者于____年__月__日__时（静滴 <input type="checkbox"/>、肌注 <input type="checkbox"/>、口服 <input type="checkbox"/> 或外用 <input type="checkbox"/>）_____药____（ g <input type="checkbox"/>、mg <input type="checkbox"/>、ml <input type="checkbox"/>）+溶媒____ ml，约____（天、小时、分钟）输入____ ml 后，出现_____等症</p> <p>经_____等治疗后，约____（天、小时、分钟）后，症状（消失 <input type="checkbox"/>、好转 <input type="checkbox"/>、无明显好转 <input type="checkbox"/> 或进一步加重 <input type="checkbox"/>）。此后（未再继续使用 <input type="checkbox"/>、继续使用 <input type="checkbox"/>）。</p>							
<p>不良反应/事件的结果：痊愈 <input type="checkbox"/> 好转 <input type="checkbox"/> 未好转 <input type="checkbox"/> 不详 <input type="checkbox"/> 有后遗症 <input type="checkbox"/></p> <p>表现：死亡 <input type="checkbox"/> 直接死因：_____ 死亡时间： 年 月 日</p>							
<p>停药或减量后，反应/事件是否消失或减轻？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未停药或未减量 <input type="checkbox"/></p> <p>再次使用可疑药品后是否再次出现同样反应/事件？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未再使用 <input type="checkbox"/></p>							
对原患疾病的影响：不明显 <input type="checkbox"/> 病程延长 <input type="checkbox"/> 病情加重 <input type="checkbox"/> 导致后遗症 <input type="checkbox"/> 导致死亡 <input type="checkbox"/>							
关联性评价	<p>报告人评价：肯定 <input type="checkbox"/> 很可能 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 可能无关 <input type="checkbox"/> 待评价 <input type="checkbox"/> 无法评价 <input type="checkbox"/> 签名：_____</p> <p>报告单位评价：肯定 <input type="checkbox"/> 很可能 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 可能无关 <input type="checkbox"/> 待评价 <input type="checkbox"/> 无法评价 <input type="checkbox"/> 签名：_____</p>						
报告人信息	联系电话：	职业：医生 <input type="checkbox"/> 药师 <input type="checkbox"/> 护士 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> _____					
	电子邮箱：	科室：	签名：_____				
报告单位信息	单位名称：	联系人：	电话：	报告日期： 年 月 日			
备注							