

药品不良反应/事件报告表

首次报告 ☐ 跟踪报告 ☐

患者姓名：		性别：男□女□		出生日期：年 月 日 年龄：		民族：		体 重 (kg)：		联系方式：	
原患疾病：				医院名称： 病历号/门诊号：		既往药品不良反应/事件：有□ 无□ 不详□ 家族药品不良反应/事件：有□ 无□ 不详□					
相关重要信息： 吸烟史□ 饮酒史□ 妊娠期□ 肝病史□ 肾病史□ 过敏史□ 其他□											
药品	批准文号	商品名称		通用名称 (含剂型)	生产厂家	生产批号	用法用量 (次剂量、 途径、日次数)		用药起 止时间	用药原因	
怀疑 药品											
并用 药 品											
不良反应/事件名称：					不良反应/事件发生时间： 年 月 日						
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）：											
不良反应/事件的结果：痊愈□ 好转□ 未好转□ 不详□ 有后遗症□ 表现： 死亡□ 直接死因： 死亡时间： 年 月 日											
停药或减量后，反应/事件是否消失或减轻？ 是□ 否□ 不明□ 未停药或未减量□ 再次使用可疑药品后是否再次出现同样反应/事件？ 是□ 否□ 不明□ 未再使用□											

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	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"/> 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"/>			
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：			
报告单位信息	单位名称：	联系人：	电话：	报告日期： 年 月 日
备 注				