附表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **报告人信息** | | | |
| 您的称呼 |  | 您的联系方式 |  |
| 您的职业 | □患者/家属 □医生/护士 □其他 | | |
| **患者信息** | | | |
| 患者姓名（可选填） |  | 联系方式 |  |
| 性别\* |  | 年龄\* |  |
| 民族/种族 |  | 体重（kg）\* |  |
| 用药原因\* |  | | |
| **药品信息** | | | |
| 药物名称\* |  | 生产批号\* |  |
| 用药起始时间\* |  | 用药结束时间\* |  |
| 用法用量\* |  |  |  |
| 是否有合并用药（如果有，需填写并用药） | |  | |
| **不良反应信息** | | | |
| 不良反应名称\* |  | | |
| 不良反应发生时间\* |  | 不良反应结束时间\* |  |
| 不良反应结果\* | □痊愈 □好转 □未好转 | | |
| 停药或减量后，不良反应是否消失或减轻？ | □是 □否 □不详 □未停药或未减量 | | |
| 再次使用怀疑药品后，是否再次出现同样不良反应？ | □是 □否 □不详 □未再使用 | | |
| 上述不良事件对患者原疾病的影响 | □不明显 □病程延长 □病情加重 □导致后遗症 □导致死亡 | | |
| 严重性： | □非严重 □严重（若严重，请勾选下列严重性标准）  □危及生命 □住院或延长住院时间 □功能丧失、致残 □先天异常或出生缺陷 □死亡 □其他重要医学事件 | | |
| 不良反应过程描述\*（可详细描述用药原因和用药过程中发生的不良反应的情况，出现不良反应后是否做处理，结果如何等） | | | |
| 实验室检查结果（如果有，请填写）[格式：日期+检查项目（例如：体温、血压、心率、呼吸频率、血氧饱和度等）] | | | |
| 填表日期 |  | 填表人 |  |

\*：必填项