药 品 不 良 反 应 / 事 件 报 告 表

报告单位类别：医疗机构□ 经营企业□ 生产企业□ 个人□ 其他□

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名： | 性别：男□女□ | 出生日期： 年　月　日或年龄：  | 民族： | 体重（kg）： | 联系方式： |
| 原患疾病： | 医院名称： 病历号/门诊号： |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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□ |
| 报告人信息：职业：医生□　 药师□　 护士□ 其他□  | 联系电话：电子邮箱： |
| 备 注 |  |