**严重不良事件报告**

|  |
| --- |
| 试验相关资料 |
| 研究名称 |  |
| 研究分类 | □中药 □化学药品 □预防用生物制品 □治疗用生物制品 □医疗器械 □其它 |
| 临床试验批准文号 |  |
| 研究分类 | □Ⅰ期 □Ⅱ期 □Ⅲ期 □Ⅳ期 □二类医疗器械 □三类医疗器械□生物等效性试验 □其它 |
| □首次报告（日期： 年 月 日），□随访报告 |
| 申办单位 |
| 申办单位名称 |  |
| 申办单位地址 |  |
| 电话 |  | 传真 |  |
| 研究单位 |
| 研究机构名称 |  |
| 研究机构地址 |  |
| 电话 |  | 传真 |  |
| 受试者 |
| 姓名拼音首字母缩写 |  |
| 受试者（药物/随机）编码 |  |
| 出生日期 |  年 月 日 |
| 性别 | □男，□女 |
| 体重 |  公斤 |
| 身高 |  厘米 |
| SAE分类 |
| □住院，□延长住院时间，□致畸，□危及生命，□永久或严重致残，□其它重要医学事件 |
| □死亡，死亡时间： 年 月 日 |
| SAE名称及描述 |
| SAE名称 | （如可能，请作出诊断，并使用专业术语） |
| SAE是否预期 | □否，□是（已在临床试验方案/知情同意书中说明） |
| SAE发生时间 |  年 月 日 |
| SAE获知时间 |  年 月 日 |
| SAE描述（包括受试者相关病史，SAE的症状/体征、治疗、发生及转归过程/结果和SAE可能原因分析，如有更多信息可另附页记录）： |
| 相关实验室/其它检查结果 |
| 实验室/检查项目 | 结果 | 单位 | 检查日期 | 对结果的说明 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 研究用药/医疗器械 |
| 名称 | 剂量/日 | 使用途径 | 首次使用日期 | 使用中 | 停止日期 |
|  |  |  | 年 月 日 | □是，□否 | 年 月 日 |
|  |  |  | 年 月 日 | □是，□否 | 年 月 日 |
|  |  |  | 年 月 日 | □是，□否 | 年 月 日 |
| 注1：如为设盲试验，是否紧急破盲：□是，□否→请在上述“名称”栏填写相应编号 |
| 注2：如方案规定需调整研究用药剂量，请说明： |
| 伴随用药 |
| 药物名称 | 剂量/日 | 给药途径 | 首次用药日期 | 用药中 | 停药日期 | 用药原因 |
|  |  |  | 年 月 日 | □是，□否 | 年 月 日 |  |
|  |  |  | 年 月 日 | □是，□否 | 年 月 日 |  |
|  |  |  | 年 月 日 | □是，□否 | 年 月 日 |  |
|  |  |  | 年 月 日 | □是，□否 | 年 月 日 |  |
| 可能与SAE有关的药物/医疗器械（如非药物/医疗器械因素导致SAE，此栏内容可不填） |
| 可能与SAE有关的药物/医疗器械名称 |  |
| 该药物/医疗器械属于本临床试验的 | □研究用药/医疗器械（如果非盲/破盲：□试验药物/医疗器械，□对照药物/医疗器械），□伴随用药 |
| 该药物/医疗器械适应证 |  |
| 首次用药/医疗器械至SAE发生的时间 |  天（如果能够精确计算： 时 分） |
| 末次用药/医疗器械至SAE发生的时间 |  天（如果能够精确计算： 时 分） |
| SAE与研究用药/医疗器械的关系（因果关系） |
| □无关，□可能无关，□可能有关，□很可能有关，□有关，□现有信息无法判断 |
| 采取的措施 |
| □无，□调整研究用药剂量，□暂停研究用药/医疗器械，□停用研究用药/医疗器械，□停用伴随用药，□增加新的治疗药物，□应用非药物治疗，□延长住院时间，□修改方案/知情同意书 |
| 转归 |
| □完全痊愈，□症状改善，□症状恶化，□痊愈，有后遗症，□症状无变化，□死亡尸检：□否，□是（请附尸检报告） |
| 报告 |
| 报告人签字 |  |
| 本次报告日期 |  年 月 日 |