|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 填报人信息 | | | |
| 姓名 |  | 职业 |  |
| 联系方式 |  | | |
| 患者基本信息 | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 出生日期（或年龄） |  | 体重 |  |
| 联系方式 |  | 医院名称 |  |
| 原患疾病 |  | | |
| 吸烟史 | □不详； □无； □有（ 日吸烟支数 ；吸烟年数 ） | | |
| 饮酒史 | □不详； □无； □有（ 日饮酒量 ；饮酒年数 ） | | |
| 过敏史 | □不详； □无； □有（花粉或食物过敏等） | | |
| 其他 | 如：肝病史、肾病史、家族史，如有 | | |
| 怀疑用药 | | | |
| 药品名称 |  | 生产批号 |  |
| 药品规格 |  | 给药途径 |  |
| 用药原因 |  | | |
| 用法用量 | 单次剂量 ；给药频次 | | |
| 用药起止日期 | 年 月 日至 年 月 日，给药持续时间 | | |
| 合并用药 | | | |
| 药品名称 |  | 生产批号 |  |
| 生产厂家 |  | 批准文号 |  |
| 用药原因 |  | 给药途径 |  |
| 用法用量 | 单次剂量 ；给药频次 | | |
| 用药起止时间 | 年 月 日至 年 月 日，给药持续时间 | | |
| 不良反应详细信息 | | | |
| 不良反应名称 |  | | |
| 不良反应发生时间 及结束时间 | 发生时间： 年 月 日 结束时间： 年 月 日 | | |
| 不良反应过程描述 |  | | |
| 不良反应现在情况 | 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□ 不详□ 不适用□ | | |
| 再次使用可疑药品是否再次出现同样反应 | 是□ 否□ 不详□ 不适用□ | | |
| 不良反应对原患疾病的影响 | 不明显□ 病程延长□ 病情加重□ 导致后遗症□ 导致死亡□ | | |

备注：

1、不良反应过程描述建议参考格式：患者因患XX疾病，XX年XX月XX日使用XX药， 何时出现何种不良反应(相关症状、体征和相关检查)，何时采取何措施，何时不良反应治愈或好转(相关症状、体征和相关检查)。

2、合并用药：指不良反应发生时，患者同时使用的其他药品（不包括治疗不良反应的药品）

3、患者信息栏姓名、性别、年龄至少填写其中一项。