**药品不良反应信息收集表**

**特别提示：**加**\***号项为必填项 收集人： 职务：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 | | | 性别 | **\*出生日期** | | 民族 | 体重 | | **\*原患疾病** | **\*联系方式** | | |
|  | | |  |  | |  |  | |  |  | | |
| 家族药品不良反应/事件 | | | | | | | 既往药品不良反应/事件情况 | | | | | |
| **\*不良反应/事件名称** | | | | | | | **\*发生时间：** | | | **\*首次获知时间：** | | |
| 医院名称： | | | | | | | 病历号/门诊号： | | | | | |
| **\*不良反应/事件过程描述（包括症状、体重、临床检验等及处理情况)** | | | | | | | | | | | | |
| 商品名称 | | **\*通用名称** | | **\*批准文号** | **\*生产厂家** | | **\*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/事件的结果**：治愈□ 好转□ 有后遗症□ 表现：  死亡□ 直接死因：　　　　　死亡时间：　 年　月　日 | | | | | | | | | | | | |
| 对原患疾病的影响：不明显□病程延长□病情加重□导致后遗症□表现：  导致死亡□ | | | | | | | | | | | | |
| 备注： | | | | | | | | | | | | |

**说明：**填好后请发邮件：[qinyouwen@126.com](mailto:qinyouwen@126.com)或者和请拨打电话：13301266788（24小时）