**药品不良反应信息收集表**

57005A

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 | 性别 | \*出生日期/年龄 | 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： |

收集人： 职务:

备注：加\*号项为必填项，药品不良反应信息收集表填好后请提交到邮箱：adr@xhzy.com。