　科室： {#deptName}{deptName}{/deptName}

药 品 不 良 反 应 / 事 件 报 告 表

首次报告□ 跟踪报告□ 编码：

**报告类型**：{#reportType}{name}{#checked}☑ {/checked}{^checked}□ {/checked}{/reportType} 报告单位类别：{#reportOrgType}{name}{#checked}☑ {/checked}{^checked}□ {/checked}{/reportOrgType}

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者姓名**：{#patientName}{patientName}{/patientName} | | | | **性别**：{#sex}{name}{#checked}☑{/checked}{^checked}□{/checked}{/sex} | | | **年龄**：{#age}{age}{/age}  或**出生日期**：{#birth}{birth}{/birth}{^birth} 年　月　日{/birth} | | | | | 民族：{#patientNation}{patientNation}{/patientNation} | | | 体重（kg）：{#weight}{weight}{/weight} | | | **联系方式**：{#contact}{contact}{/contact} | | |
| **原患疾病**：{#icd10}{icd10}{/icd10} | | | | | | **医院名称：{#hospitalName}{hospitalName}{/hospitalName}**  **病历号**：{#treatCode}{treatCode}{/treatCode} | | | | | | **既往药品不良反应/事件**：{#familyHistory}{name}{#checked}☑{/checked}{^checked}□{/checked}{#des} {des} {/des}{/familyHistory}  **家族药品不良反应/事件**：{#personalHistory}{name}{#checked}☑{/checked}{^checked}□{/checked}{#des} {des} {/des}{/personalHistory} | | | | | | | | |
| 相关重要信息：{#informationOption}{name}{#checked}☑{/checked}{^checked}□{/checked}{/informationOption} | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **药品** | **批准文号** | 商品名称（非必填） | | | **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**  **（ 年 月 日）** | | **用药原因** |
| 怀疑药品 | {#suspectMedicineList}{approvalCertificate} | {#productName}{productName}{/productName} | | | {#generalName}{generalName}{/generalName} | | | {#manufacturer}{manufacturer}{/manufacturer} | | | | {#batchNumber}{batchNumber}{/batchNumber} | | {dose}{unit}{dosageFormName}、{usageName}、{freqName} | | | {startEndTime} | | {reason}{/suspectMedicineList} |
| 并用药  品 | {#withMedicineList}{approvalCertificate} | {#productName}{productName}{/productName} | | | {#generalName}{generalName}{/generalName} | | | {#manufacturer}{manufacturer}{/manufacturer} | | | | {#batchNumber}{batchNumber}{/batchNumber} | | {dose}{unit}{dosageFormName}、{usageName}、{freqName} | | | {startEndTime} | | {reason}{/withMedicineList} |
| **不良反应/事件名称**：{#reaction}{reaction}{/reaction} | | | | | | | | | | | **不良反应/事件发生时间**：{#reactionTime}{reactionTime}{/reactionTime}{^reactionTime}　　年　 月　 日{/reactionTime} | | | | | | | | |
| {#reactionDesc}{reactionDesc}{/reactionDesc}**{**^**reactionDesc}（此处最重要，精确到分，不可删减）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：**  患者 ，性别 ，因“ ”收入院。初步诊断： 。(引起不良反应当次的用药时间) 开始用药时间 年 月 日 时 分，不良反应发生时间 年 月 日 时 分，患者出现（如周身皮疹或躯干部皮疹，瘙痒等表明具体部位、如涉及血压、心率、血象标明数值） 症状，故立即给予 处理（如停药，吸氧，测血压，心电图） ，给予（解救药物，标明剂量，给药途径） 药物， 年 月 日 时 分，患者 症状 好转 或 消失 （详细描述好转后症状，如涉及血压、心率、血象标明好转后数值）。**生命体征：心率**:\_\_\_\_次，**呼吸频率**:\_\_\_\_次，**血压**:\_\_/\_\_mmHg，**体温**:\_\_\_℃.**{/reactionDesc}** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **不良反应/事件的结果**：{#reactionResult}{name}{#checked}☑{/checked}{^checked}□{/checked}{/reactionResult} 表现：  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？** {#reactionAfterReduce}{name}{#checked}☑{/checked}{^checked}□{/checked}{/reactionAfterReduce}  **再次使用可疑药品后是否再次出现同样反应/事件？** {#reactionAgain}{name}{#checked}☑{/checked}{^checked}□{/checked}{/reactionAgain} | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **对原患疾病的影响**： {#influence}{name}{#checked}☑{/checked}{^checked}□{/checked}{/influence} | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 关联性评价 | | | 报告人评价：{#reporterRelevance}{name}{#checked}☑{/checked}{^checked}□{/checked}{/reporterRelevance}签名：{#reporterSign}{reporterSign}{/reporterSign}  报告单位评价：{#reportOrgRelevance}{name}{#checked}☑{/checked}{^checked}□{/checked}{/reportOrgRelevance} 签名：{#reportOrgSign}{reportOrgSign}{/reportOrgSign} | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 报告人信息 | | | 联系电话：{#phone}{phone}{/phone} | | | | | | | 职业：{#occupation}{name}{#checked}☑{/checked}{^checked}□{/checked}{/occupation} | | | | | | | | | |
| 电子邮箱：{#email}{email}{/email} | | | | | | | | | | 签名：{#sign}{sign}{/sign} | | | | | | |
| 报告单位信息 | | | 单位名称：{#orgName}{orgName}{/orgName} | | | | | | 联系人：{#attention}{attention}{/attention} | | | | 电话：{#contactPhone}{contactPhone}{/contactPhone} | | | 报告日期：{#reportDate}{reportDate}{/reportDate}{^reportDate} 　年　　月　　日 {/reportDate} | | | |
| 生产企业请  填写信息来源 | | | 医疗机构□ 经营企业□ 个人□ 文献报道□ 上市后研究□ 其他□ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备 注 | | | {#remark}{remark}{/remark} | | | | | | | | | | | | | | | | |