**本中心严重不良事件报告**

|  |
| --- |
| **试验相关资料** |
| 研究药物/器械名称 |  |
| 研究药物分类 | □中药 □化学药品 □预防用生物制品 □治疗用生物制品 □其他 |
| 临床试验批准文号 |  | 申办单位 |  |
| 研究分类 | □Ⅰ期 □Ⅱ期 □Ⅲ期 □Ⅳ期 □生物等效性试验 □其他 |
| 事件发生时间 |  | 研究者获知时间 |  |
| □首次报告（日期： 年 月 日） □随访报告 □总结报告 |
| **受试者** |
| 姓名拼音首字母缩写 |  |
| 受试者（药物或器械/随机）编码 |  |
| 出生日期 |  年 月 日 | 性别 | □男 □女 |
| 体重 | \_\_\_\_\_\_\_.\_\_ 千克 | 身高 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_厘米 |
| 既往病史 |  |
| 合并疾病 |  |
| **事件等级** |
| □导致住院 □延长住院时间 □致畸 □危及生命 □死亡 死亡时间： 年 月 日 □永久或严重致残 □功能障碍 □其他重要医学事件： |
| **SAE详细描述** |
| （包括受试者相关病史、症状/体征、实验室检查结果、治疗、发生及转归过程/结果和可能原因分析，如有更多信息可另附页记录）： |
| **研究用药/器械** |
| 药物/器械名称 | 数量/日 | 使用途径 | 首次使用日期 | 使用中 | 停止使用日期 |
|  |  |  |  年 月 日 | □是 □否 |  年 月 日 |
|  |  |  |  年 月 日 | □是 □否 | 年 月 日 |
|  |  |  |  年 月 日 | □是 □否 | 年 月 日 |
|  |  |  |  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“药物名称”栏填写药物编号 |
| 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 |  |
| **可能与本次事件有关的药物（如非药物因素导致，此栏内容可不填）** |
| 可能与本次事件有关的药物名称 |  |
| 该药物属于本临床试验的 | □研究用药（如果非盲/破盲：□试验药物 □对照药物） □伴随用药 |
| 该药物适应症 |  |
| 首次用药至事件发生的时间 |  天（如果能够精确计算： 时 分） |
| 末次用药至事件发生的时间 |  天（如果能够精确计算： 时 分） |
| **受试者的转归情况** |
| 是否满足退出标准 | □是 □否 | 研究者要求其退出 | □是 □否 | 受试者同意退出 | □是 □否 |
| 是否继续用药/器械 | □是 □否 | 用药/器械计划 |  |
| 受试者医疗转归： | □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） |
| **事件分析** |
| 相关性判断 | □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 |
| 研究者分析结果和建议 |  |
| 是否需要修改研究方案？ | □否 □是（请具体描述或附件说明）： |
| 是否需要修改知情同意书 | □否 □是（请具体描述或附件说明）： |
| **报告** |
| 报告人签字 |  |
| 本次报告日期 |  年 月 日 |