**声明：此报告将根据相关法律法规的要求上报给相关监管部门（上报时会隐去您的姓名和联系方式信息），请提供真实信息，必要时我公司会安排专业人员与您联系，为您提供服务与支持。**

**药品安全性信息登记表**

信息收集形式： 🞎电话 🞎电子邮件 🞎医生面访 🞎信函 🞎其他：

安全性信息类型：🞎不良反应/事件 🞎妊娠/哺乳期暴露 🞎父源暴露 🞎超适应症/禁忌症用药 🞎超剂量用药 🞎缺乏疗效 🞎药物相互作用 🞎药品质量问题 🞎其他：

企业病例编码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者信息** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | 性别**\*** | 出生日期**\*** | | | | | 年 龄 | 原患疾病 | 相关重要重要信息 | | | | | | | 联系电话\* |
|  |  |  | | | | |  |  | 吸烟史：🞎有 🞎无  饮酒史：🞎有 🞎无  过敏史：🞎有 🞎无  其它史：🞎无 🞎有（请填写）： | | | | | | |  |
| **怀疑药品信息** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 药品通用名称**\*** | | | 批号**\*** | | | 有效期至 | | 用法用量**\*** | | | | 用药起止日期**\*** | | | | 治疗疾病**\*** |
| 给药途径 | 单次剂量（如每次1片） | | 给药频次（如每日2次） | 起 | | | 止 |
|  | | |  | | |  | |  |  | |  |  | | |  |  |
| 合并用药信息（如有请填写以下信息） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 药品通用名称 | | | | 持有人名称 | | | | | | 用药起止日期 | | | 用药原因 | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | |  | | | |
| **不良反应信息** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 不良反应发生时间**\*** | | 不良反应症状**\*** | | | 停药减药后反应是否减轻或消失**\*** | | | | 再次使用可疑药是否出现同样反应 | | | | | 不良反应结果**\***（如好转、痊愈） | | |
|  | |  | | | 🞎是 🞎否  🞎不适用 🞎不详 | | | | 🞎是 🞎否  🞎不适用 🞎不详 | | | | |  | | |
| 不良反应过程描述**\***（包括发生场所、症状、体征、临床检验等）及处理情况： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **报告者信息** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否为本人**\***：🞎是，填表日期：  🞎否，联系电话： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其他需要说明的情况： | | | | | | | | | | | | | | | | |

**注：带\*部分内容为上报国家系统时的必填项目，请尽可能详细的收集相关信息。若确实难以收集，请仍然将收集到的所有信息反馈给我司，我司将进行随访跟踪。**