药 品 不 良 事 件 报 告 表

如果您或者您身边的人在使用通化东宝的产品过程中发生了不良事件，请及时向医疗专业人士寻求建议和帮助，并填写以下不良事件报告表发送至[PV@thdb.com](mailto:PV@thdb.com)。不良事件是指患者或临床研究受试者接受某一药品后发生的任何不良的医学事件，但不一定与治疗有因果关系。

请尽可能详细地描述您所获知的不良事件并留下您的联系方式（仅用于随访），我们承诺对您的信息保密。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报告者信息 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 报告者姓名 | | |  | | | | | | | | 联系方式 | |  | | | | | | | | | |
| 报告者身份 | | | □患者本人 □患者家属 □医务人员 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者信息 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | | 性别 | | |  | | | | 出生日期  /年龄 | |  | | | | 身高  (cm) |  | 体重  (kg) | |  |
| 联系方式 |  | | | | | | | | | | 原患疾病 | |  | | | | | | | | | |
| 过敏史 |  | | | | | | | 吸烟史 | | | |  | | | | | 饮酒史 | |  | | | |
| 用药信息  （填写出现不良事件时使用的所有用药信息） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 药品名称 | | 用法用量 | | | 用药原因 | | | | 用药  开始时间 | | | 用药  结束时间 | | | 药品批号 | | | 生产厂家 | | 批准文号 | |
|  | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |
| 不良事件信息 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 不良事件名称 | | | | | | 发生时间 | | | | 结束时间 | | | | 持续时间 | | 不良事件结果 | | | | | |
|  | | | | | |  | | | |  | | | |  | | □痊愈 □好转 □未好转  □不详 □其他：\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
|  | | | | | |  | | | |  | | | |  | | □痊愈 □好转 □未好转  □不详 □其他：\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
|  | | | | | |  | | | |  | | | |  | | □痊愈 □好转 □未好转  □不详 □其他：\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| 不良事件描述：（请按时间顺序描述不良事件发生情况、处理措施和处理结果） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |