**药品不良反应/事件报告**

注：标＊为必填项

|  |
| --- |
| **患者信息** |
| ＊患者姓名： | ＊患者性别： | 患者年龄： |
| 患者体重（KG）： | ＊既往病史/过敏史等： | 就诊医院和科室： |
| **用药信息** |
| **怀疑药品**（怀疑用品是指报告人认为引起患者不良反应的药品） |  |
| ＊怀疑药品名称： | ＊生产企业名称： | ＊生产批号： |
| 治疗疾病： | 用药起止时间： | 用法用量： |
| **并用药品**（并用药品是指患者在使用怀疑药品时联用的其他药品） |  |
| ＊并用药品名称： | ＊生产企业名称： | ＊生产批号： |
| 治疗疾病： | 用药起止时间： | 用法用量： |
| **过程描述** |
| ＊不良反应名称： | ＊不良反应发生时间： | ＊是否同意随访： |
| ＊不良反应过程描述（不良反应过程描述建议参考格式：患者因xx疾病，xx年xx月xx日使用xx药，何时出现何种不良反应（相关症状、体征和相关检查），何时采取何种措施，何时不良反应治愈或好转（相关症状、体征和相关检查）） |  |
| **报告者信息** |
| ＊报告者姓名 | ＊报告者联系方式 | ＊报告者身份 |