编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名： | 性别：男□ 女□ | 年龄：  | 民族： | 体重（kg）： | 联系方式： |
| 原患疾病： | 医院名称： 病历号/门诊号： | 既往药品不良反应/事件：有□ 无□ 不详□家族药品不良反应/事件：有□ 无□ 不详□ |
| 相关重要信息： 吸烟史□ 饮酒史□ 妊娠期□ 肝病史□ 肾病史□ 过敏史□ 其他□  |
| 药品 | 名称 | 生产厂家 | 生产批号 | 用法用量（每次剂量、途径、日次数） | 用药起止时间 | 用药原因 |
| 怀疑药品 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 并用药品 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 药品处方： |
| 用药情况： |
| 不良反应名称： | 不良反应发生时间：　　年　 月　 日 |
| 不良反应过程描述（包括症状、体征、临床检验等）及处理情况和患者目前情况： |
| 不良反应的结果：痊愈□ 好转□ 未好转□ 不详□ 有后遗症□ 表现： 死亡□ 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？ 是□ 否□ 不明□ 未停药或未减量□再次使用可疑药品后是否再次出现同样反应/事件？ 是□ 否□ 不明□ 未再使用□ |
| 其他厂家生产的相同药品的不良反应情况： |
| 备注： |
| 收集人： | 收集日期： | 收集人联系方式： |