



不良反应（若用药期间发生多个不良反应，需针对每个不良反应填写下述“不良反应名称~评价”的相关信息）			
项目	不良反应名称 1	不良反应名称 2	不良反应名称 3
不良反应发生时间			
不良反应结束时间			
不良反应持续时间			
不良反应的严重性	<input type="checkbox"/> 非严重 <input type="checkbox"/> 严重 <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> 非严重 <input type="checkbox"/> 严重 <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> 非严重 <input type="checkbox"/> 严重 <sup>1</sup>
停药后不良反应是否消失或减轻	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 <input type="checkbox"/> 不适用	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 <input type="checkbox"/> 不适用	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 <input type="checkbox"/> 不适用
再次使用可疑药品后是否再次出现同样反应:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 <input type="checkbox"/> 不适用	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 <input type="checkbox"/> 不适用	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 <input type="checkbox"/> 不适用
结果:	<input type="checkbox"/> 治愈 <input type="checkbox"/> 好转 <input type="checkbox"/> 未好转 <input type="checkbox"/> 有后遗症 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不详	<input type="checkbox"/> 治愈 <input type="checkbox"/> 好转 <input type="checkbox"/> 未好转 <input type="checkbox"/> 有后遗症 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不详	<input type="checkbox"/> 治愈 <input type="checkbox"/> 好转 <input type="checkbox"/> 未好转 <input type="checkbox"/> 有后遗症 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不详
报告人的关联性评价	<input type="checkbox"/> 肯定 <input type="checkbox"/> 很可能 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 可能无关 <input type="checkbox"/> 待评价 <input type="checkbox"/> 无法评价	<input type="checkbox"/> 肯定 <input type="checkbox"/> 很可能 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 可能无关 <input type="checkbox"/> 待评价 <input type="checkbox"/> 无法评价	<input type="checkbox"/> 肯定 <input type="checkbox"/> 很可能 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 可能无关 <input type="checkbox"/> 待评价 <input type="checkbox"/> 无法评价
<sup>1</sup> 注：出现以下任何一种情况可判断为严重不良反应，若判断为严重不良反应，请选择严重不良反应的标准： <input type="checkbox"/> 危及生命 <input type="checkbox"/> 住院或延长住院时间 <input type="checkbox"/> 功能丧失/致残 <input type="checkbox"/> 先天异常或出生缺陷 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 其他重要医学事件			
不良反应过程描述（包括发生场地、症状、体征、临床检验等）及处理情况：			
<b>相关实验室检查信息</b> （此处填写用来诊断或确定不良反应的实验室检查信息，包括那些用于排除诊断的检查信息。若涉及多项检测，请填写每一项检测信息。）			
是否针对不良反应进行了实验室检测？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，_____			
检查项目	检查日期	结果（单位）	正常值范围（低值-高值）
<b>初始报告人（填表人）姓名：</b> _____ <b>职业：</b> <input type="checkbox"/> 医生 <input type="checkbox"/> 药师 <input type="checkbox"/> 护士 <input type="checkbox"/> 其他医务人员 <input type="checkbox"/> 消费者 <input type="checkbox"/> 其他人员 <b>所在单位：</b> _____ <b>联系电话：</b> _____ <b>电子邮箱：</b> _____			
备注	其他需说明的情况：		