药品不良反应信息收集表

57005A

患者姓名	性别	*出生日期/年龄	民族	体重	*原患疾病	联系方式

家族药品不良反应/事件	既往药品不良反应/事件情况	
*不良反应/事件名称	*发生时间：	*首次获知时间：
医院名称：	病历号/门诊号：	

*不良反应/事件过程描述（包括症状、体重、临床检验等及处理情况）

商品名称		*通用名称	*批准文号	*生产厂家	*批号	*用法用量（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								

*不良反应/事件的结果：治愈□ 好转□ 有后遗症□ 表现：

死亡□ 直接死因： 死亡时间： 年 月 日

对原患疾病的影响：不明显□病程延长□病情加重□导致后遗症□表现：

导致死亡□

备注：

收集人： 职务:

注：加*号项为必填项。