|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **报告者信息** | | | | | | |
| 您的姓氏 | **\***您的职业 | | **\***您所在的省份 | | | |
|  |  | |  | | | |
| **患者信息** | | | | | | |
| 患者性别 | **\***患者年龄 | **\***年龄单位 | 原患疾病 | | | |
|  |  |  |  | | | |
| **药品信息** | | | | | | |
| **\***怀疑药品名称 | \*药品上市许可持有人  （见包装或说明书） | 药品生产批号 | 每日使用次数 | 每次使用剂量 | 开始用药时间 | 结束用药时间  （仍在使用可不填） |
|  |  |  |  |  | XXXX年XX月XX日 | XXXX年XX月XX日 |
| 同时使用的其他药物 | （没有可不填） | | | | | |
|  | | | | | |
| **不良反应信息** | | | | | | |
| 不良反应发生时间 | \*不良反应表现 | | | | \*目前状况： | |
|  |  | | | |  | |
| 不良反应过程描述 | （尽可能详细：可填写患者信息、过敏史、用药信息、诊断及治疗、临床检验报告等。如涉及怀孕、哺乳相关信息，请一并填写。） | | | | | |
|  | | | | | |
| **其他信息：** | | | | | | |
| 是否接受随访（请填写“是”或者“否”） | | \*联系方式（如果“是”接受随访，请留下您的联系方式） | | | | |
|  | |  | | | | |
| **其他相关资料**（可在下方插入患者病历、检查报告等附件） | | | | | | |