|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **试验相关资料** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 研究药物名称 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 研究药物分类 | | | | | | □中药，□化学药品，□预防用生物制品，□治疗生物制品，□其它 | | | | | | | | | | | | |
| 临床试验批准文号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 研究分类 | | | | | | □Ⅰ期，□Ⅱ期，□Ⅲ期，□Ⅳ期，□生物等效性试验，□其它 | | | | | | | | | | | | |
| □首次报告（日期： 年 月 日），□随访报告 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申办单位** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申办单位名称 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 申办单位地址 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 电话 | | | | | |  | | | | | 传真 | | | |  | | | |
| **研究单位** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 研究机构名称 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 研究机构地址 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 电话 | | | | | |  | | | | | 传真 | | | |  | | | |
| **受试者** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名拼音首字母缩写 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 受试者（药物/随机）编码 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 出生日期 | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 性别 | | | | | | □男，□女 | | | | | | | | | | | | |
| 体重 | | | | | | .公斤 | | | | | | | | | | | | |
| 身高 | | | | | | 厘米 | | | | | | | | | | | | |
| **SAE分类** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □住院，□延长住院时间，□致畸，□危及生命，□永久或严重致残，□其它重要医学事件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □死亡，死亡时间： 年 月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SAE名称及描述** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SAE名称 | | | | | | （如可能，请作出判断，并使用专业术语） | | | | | | | | | | | | |
| SAE是否预期 | | | | | | □否，□是（已在临床试验方案/知情同意书中说明） | | | | | | | | | | | | |
| SAE发生时间 | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| SAE获知事件 | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| SAE描述（包括受试者相关病史，SAE的症状/体征、治疗、发生及转归过程/结果和SAE可能原因分析，如有更多信息可另附页记录）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **相关实验室/其它检查结果** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **实验室/检查项目** | | | **结果** | | | | | **单位** | | | | **检查日期** | | | | **对结果的说明** | | |
|  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | |
| **研究用药** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **药物名称** | | **剂量/日** | | | | | **给药途径** | | **首次用药日期** | | | | **用药中** | | | | **停药日期** | |
|  | |  | | | | |  | | 年 月 日 | | | | □是，□否 | | | | 年 月 日 | |
|  | |  | | | | |  | | 年 月 日 | | | | □是，□否 | | | | 年 月 日 | |
|  | |  | | | | |  | | 年 月 日 | | | | □是，□否 | | | | 年 月 日 | |
| 注1：如为设盲试验，是否紧急破盲：□是，□否→请在上述“药物名称”栏填写药物编号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注2：如方案规定需调整研究用药剂量，请说明： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **伴随用药** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **药物名称** | **剂量/日** | | | **给药途径** | | | | **首次用药日期** | | **用药中** | | | | **停药日期** | | | | **用药原因** |
|  |  | | |  | | | | 年 月 日 | | □是，□否 | | | | 年 月 日 | | | |  |
|  |  | | |  | | | | 年 月 日 | | □是，□否 | | | | 年 月 日 | | | |  |
|  |  | | |  | | | | 年 月 日 | | □是，□否 | | | | 年 月 日 | | | |  |
|  |  | | |  | | | | 年 月 日 | | □是，□否 | | | | 年 月 日 | | | |  |
| **可能与SAE有关的药物**（如非药物因素导致SAE，此栏内容可不填） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 可能与SAE有关的药物名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 该药物属于本临床试验的 | | | | | □研究用药（如果非盲/破盲：□试验药物，□对照药物），□伴随用药 | | | | | | | | | | | | | |
| 该药物适应证 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 首次用药至SAE发生的时间 | | | | | 天（如果能够精确计算： 时 分） | | | | | | | | | | | | | |
| 末次用药至SAE发生的时间 | | | | | 天（如果能够精确计算： 时 分） | | | | | | | | | | | | | |
| **SAE与研究用药的关系（因果关系）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □无关，□可能无关，□可能有关，□很可能有关，□有关，□现有信息无法判断 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **采取措施** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □无，□调整研究用药剂量，□暂停研究用药，□停用研究用药，□停用伴随用药，□增加新的治疗药物，□应用非药物治疗，□延长住院时间，□修改方案/知情同意书 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **转归** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □完全痊愈，□症状改善，□症状恶化，□痊愈，有后遗症，□症状无变化，□死亡  尸检：□否，□是（请附尸检报告） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **报告** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 报告人签字 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本次报告日期 | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |