**浙江安宝药业有限公司**

**受控**06**号**

**药品不良反应信息收集表**

**编号：R-SOP-YJ-006-03-00**

|  |  |
| --- | --- |
| 患者信息  （必填） | 姓名（或姓氏）： 性别：□男 □女  年龄（或出生年月）：  联系方式(手机或微信或邮箱)： |
| 用药情况  （必填） | 填写因何种疾病使用本公司的何种药品，并填写以下内容  疾病名称：  使用药品名称： 批号：  用药时间： 年 月 日开始 至 年 月 日结束  用法用量 |
| 合并用药  信息  （如有填写） | 合并用药情况： □是 □否 勾选为“是”需填写以下内容  药名名称： 批号：  用药时间： 年 月 日开始 至 年 月 日结束  用法用量： |
| 不良反应  发生过程  描述  （必填） | 不良反应症状：  不良反应症状发生时间：  年 月 日开始 至 年 月 日结束  停药后症状是否消失： □是 □否  再次使用是否出现相同症状：□是 □否 □未再使用  其他说明（如有）： |
| 反馈人信息 | 若反馈人为患者可不必填写  姓名（或姓氏）： 职业：  联系方式(手机或微信或邮箱或其他)： |
| 报告人评价 | 肯定□ 很可能□ 可能□ 可能无关□ 待评价□ 无法评价□ |
| 接受人/日期 | PV主管： 年 月 日 |
| 备注 | 接受人对相关信息有修改时填写原因（可附页） |