**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） |