**严重不良事件报告**

对于致死或危及生命的SAE/SUSAR，研究者必须在获知之日起7天内递交伦理委员会，并在随后的8天内报告、完善随访信息；非致死或危及生命的SAE/SUSAR，研究者需在15天内递交伦理委员会。

妊娠事件按照SAE流程进行报告。

附件：严重不良事件报告

严重不良事件报告 AF/01-CX.16/ V2.1

西南医科大学附属中医医院伦理委员会

IRB of The Affiliated Hospital of Traditional Chinese Medicine of Southwest Medical University

严重不良事件报告

Serious Adverse Event Report Form

|  |
| --- |
| **试验相关资料** |
| 试验名称 | 　 |
| 初始审查意见号 | 　 |
| 研究分类 | □科研课题 □其他  |
| □首次报告（日期： 年 月 日） □随访报告 □末次报告 |
| **申办单位（如有）** |
| 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 | \_\_\_\_.\_\_千克 |
| 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 □其他重要医学事件 |
| □ 死亡 死亡时间： 年 月 日 |
| **SAE名称及描述** |
| SAE名称 | （如可能，请作出诊断，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获知时间 |  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/其他检查结果** |
| 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 | □否 □是 |  年 月 日 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |  年 月 日 | □否 □是 |  年 月 日 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |  年 月 日 | □否 □是 |  年 月 日 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |  年 月 日 | □否 □是 |  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 |
| **采取的措施** |
| □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 |
| **报告处理（伦理委员会使用）** |
| □会议审查 □紧急会议审查 □快速审查 □备案委员签名： 日期： |