**严重不良事件报告表（SAE报告表）**

临床试验批件号/受理号： 中心号：

临床试验方案编号： 受试者筛选号：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 报告类型 | □首次报告   □随访报告   □总结报告 | 报告时间：    年   月   日 |
| 医疗机构及专业名称 |  | 电话：（PI所在科室电话） |
| 申办者名称 |  | 电话：（申办者联系电话） |
| 试验用药品名称 | 中文名称：（试验药物全名） |
| 英文名称：（试验药物全名） |
| 药品注册分类及剂型 | 分类：□中药 □化学药 □治疗用生物制品□预防用生物制品□其它 注册分类： 剂型： |
| 临床研究分类 | □Ⅰ期   □Ⅱ期  □Ⅲ 期  □Ⅳ期  □生物等效性试验  □临床验证 | 临床试验适应症： |
| 受试者基本情况 | 姓名拼音缩写： | 出生日期： | 性别：□男 □女 | 身高(cm)： | 体重(Kg)： |
| 合并疾病及治疗：□有 □无1. 疾病：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 治疗药物：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 用法用量：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2. 疾病：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 治疗药物：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 用法用量：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3. 疾病：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 治疗药物：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 用法用量：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| SAE的医学术语(诊断) |  可填1个临床诊断，非症状、体征的描述，同时存在多个SAE应分别报告 |
| SAE情况 | □死亡 \_\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日□导致住院□延长住院时间□伤残□功能障碍□导致先天畸形□危及生命□其它 |
| AE发生时间： \_\_\_\_\_\_\_年 \_\_\_月\_\_\_日 | 研究者获知SAE时间：   \_\_\_\_\_\_\_年 \_\_\_月\_\_\_日（研究者被告知或发现SAE的时间，可晚于SAE发生的时间） |
| 对试验药物采取的措施 |  □继续用药□减小剂量□药物暂停后又恢复□停用药物□其它\_\_\_\_\_ |
| SAE转归 | * 症状消失（后遗症  □有  □无）  □症状持续
 |
| SAE与试验药的关系（请尽可能根据临床所掌握证据，判断相关性） | □肯定有关□可能有关□可能无关□肯定无关□无法判定（相关性的判断须由研究者完成，对无关/可能无关的判定应谨慎） |
| SAE报道情况 | 国内：□有□无□不详；国外：□有□无□不详（请根据研究者手册和既往研究经验进行填写） |
| SAE发生及处理的详细情况：（参考模板）“首次报告”应包含但不限于以下信息，1. 受试者筛选号，入组时间和入组临床试验名称（编号），受试者诊断和既往重要病史或合并疾病
2. 入组后已完成的疗程和发生SAE前的末次用药时间
3. 发生SAE前的相关症状、体征、程度分级，行相关检查和治疗的情况
4. 确认为SAE后的详细救治过程，有助于证实SAE严重性的检查结果等
5. 研究者判断该SAE与试验用药或方法的相关性；若研究者将SAE与试验药物的相关性判断为肯定有关/很可能有关/可能有关时，需初步判断此SAE是否为SUSAR并记录

其他“随访/总结报告”应包含但不限于以下信息，1. 受试者筛选号，入组时间和入组临床试验名称（编号），受试者诊断
2. 自首次报告后，该SAE发生的转归、治疗及相关检查情况
3. 再次评价该SAE与试验用药或方法相关性
4. 明确是否恢复试验治疗或退出试验
5. 其他
 |

报告单位名称：太和县人民医院    报告人职务/职称：如实填写报告人签名：

首次报告必需由主要研究者签署，如PI不在，必需电话或邮件告知，并在报告中说明。