附件1：严重不良事件报告表（仅供参考）

严重不良事件报告表（仅供参考）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 报告基本情况 | | | |
| 临床试验名称 |  | | |
| 临床试验备案号 |  | | |
| 报告类型 | □首次报告  □随访报告  □总结报告 | 报告日期 | 年 月 日 |
| 申办者 |  | | |
| 申办者联系地址 |  | | |
| 申办者联系人 |  | 申办者联系电话/  手机号码 |  |
| 临床试验机构 |  | | |
| 机构备案号 |  | 临床试验专业 |  |
| 主要研究者 |  | 职称 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 试验医疗器械情况 | | | |
| 试验医疗器械名称 |  | 规格型号/包装规格 |  |
| 试验医疗器械分类 |  | 需临床试验审批的第三类医疗器械 | □是□否 |
| 批号 |  | 生产日期/失效日期 |  |
| 适用范围或者预期用途 |  | | |
| 受试者情况 | | | |
| 编号 |  | | |
| 性别 | □男□女 | 出生日期 | 年 月 日 |
| 合并疾病以及治疗情况描述 |  | | |
| 严重不良事件情况 | | | |
| 严重不良事件名称 |  | | |
| 使用日期 | 年 月 日 | 发生日期 | 年 月 日 |
| 研究者获知日期 | 年 月 日 | 申办者获知日期 | 年 月 日 |
| 分类 | □ 导 致 死 亡 年 月 日  □致命的疾病或者伤害  □身体结构或者身体功能的永久性缺陷  □需住院治疗或者延长住院时间  □需要采取医疗措施以避免对身体结构或者身体功能造成永久性缺陷  □导致胎儿窘迫、胎儿死亡或者先天性异常、先天缺损  □ 其 他 | | |
| 对试验医疗器械平  取的措施 | □继续使用 口减少使用 □暂停使用 □暂停使用后又恢复 □停止使用 □其他 | | |
| 转归 | □症状消失(后遗症口有□无) □症状持续  □症状缓解 口症状加重 □死亡 □其他 | | |
| 与试验医疗器械的关系 | □肯定有关 □可能有关 □可能无关 □肯定无关  (注：可能无关、肯定无关不需要报监管部门) | | |
| 是否器械缺陷 | □是 □否 | 是否预期 | □是 □否 |
| 是否其他严重安全性风险信息 | □是 □否 | 是否大范围严重不良事件或其他重大安全性问题 | □是 □否 |
| 发生及处理的详细情况： | | | |
| 采取何种风险控制措施 | □修改临床试验方案  □修改知情同意书和其他提供 给受试者的信息  □修改其他相关文件  □继续监测风险，暂无须采取其他措施  □暂停医疗器械临床试验  □终止医疗器械临床试验  □其他 | | |
| 申办者盖章 | | | |
| 注：本表所述医疗器械包括体外诊断试剂 | | | |