**SUSAR报告表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **新药临床研究批准文号（CDE备案号）：** **申办方临床研究方案号**： | **中 心 号：** **受试者编号**： | **报告类型：** ☐ 首次 ☐ 随访 ☐ 总结 |
| **研究项目及报告单位信息** | **报告时间** |  年 月 日 |
| **本院承担科室** |  | **本院主要研究者** |  |
| **申办者** |  | **监查员姓名、电话** |  |
| **研究方案名称、版本号、版本日期** |  | **临床试验适应症** |  |
| **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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申办方审核信息** | **获知时间** |  年 月 日 |
| **申办方评估确定SUSAR后递交研究者时间** | 年 月 日 | **研究者接收SUSAR报告时间** | 年 月 日 |

| **患者信息** |
| --- |
| **姓名缩写** |  | **出生日期** |  | **性别**  | ☐男 ☐女 | **身高(cm)**  |  | **体重(Kg)** |  |
| **受试者编号** |  | **民族** |  | **发生SAE时年龄** |  | **受试者是否退出研究** | ☐是 ☐否 |
| **患者死亡** | ☐ 是 ☐否 | **死亡时间** |  | **死亡原因** |  | **是否尸检** | ☐ 是 ☐否 | **尸检结果** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **相关病史与治疗** | ☐不详 ☐无 ☐见下表 |
| **现病史** | 试验用药适应症以外，SAE发生时未恢复的疾病 |
| **疾病名称** | **开始时间** | **是否持续**  | **结束时间** | **治疗药物通用名称** | **用法用量** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **既往病史** | 试验用药适应症以外，SAE发生时已经恢复的疾病 |
| **疾病名称** | **开始时间** | **是否持续**  | **结束时间** | **治疗药物通用名称** | **用法用量** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **饮酒史** | ☐无 ☐有 | **吸烟史** | ☐无 ☐有 | **家族史** | ☐无 ☐有 |
| **肝病史** | ☐无 ☐有 | **肾病史** | ☐无 ☐有 | **过敏史** | ☐无 ☐有 |

| **与SAE相关实验室检查项** | ☐不详 ☐无 ☐见下表 |
| --- | --- |
| **检查名称**  | **检查日期**  | **检查结果**  | **正常值上限**  | **正常值下限**  | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

| **合并用药**  ☐不详 ☐无 ☐见下表注：合并用药是指SAE发生前开始使用，SAE发生时正在使用的药品；针对SAE的治疗用药，请填写在“SAE发生及处理的详细情况”栏。 |
| --- |
| **药物名称** | **使用原因**  | **剂量/剂量单位**  | **剂型**  | **频次**  | **给药途径**  | **开始时间**  | **结束时间**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

| **试验用药使用情况 （如有多个试验用药，请复制此表格添加）**（若有除试验药物外的怀疑药品及相互作用的药物，请复制并添加此表格；如果是盲态试验请填写研究药品名称/安慰剂或对照药） |
| --- |
| **试验用药品中文名称**  |  | **研究设计**  |  |
| **试验用药品英文名称** |  | **用药原因**  |  |
| **是否已给药** | ☐ 是 ☐ 否 | **药物编号** |  |
| **是否已破盲** | ☐ 否 ☐ 是，破盲日期：  | **破盲原因** |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **对试验药物采取的措施**  | ☐ 继续用药 ☐ 减小剂量 ☐ 停用药物 ☐ 停用药物又恢复 ☐ 不适用 □不详 ☐ 增加剂量 | **采取措施时间** |  |
| **剂量详情** |
| **剂量/剂量单位** | **给药途径** | **频次** | **剂型** | **开始日期** | **结束日期** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **严重不良事件(此表可复制）** |
| **不良事件名称（诊断）** |  | **研究者获知SAE时间** |  |
| **开始日期**  |  | **结束日期** |  |
| **严重性标准** | **☐**导致死亡 **☐**致残/致功能丧失 **☐**危及生命 **☐**导致住院或延长住院时间 **☐**致畸/致出生缺陷 **☐**其他重要医学事件 |
| **严重程度** | **☐**轻度 **☐**中度 **☐**重度  | **CTCAE 分级** |  |
| **国内SAE报道情况** | ☐有 ☐无 ☐不详 | **国外SAE报道情况** | ☐有 ☐无 ☐不详 |
| **不良事件结果**  | ☐不详 ☐死亡 ☐未好转 ☐好转 ☐痊愈 ☐痊愈伴有后遗症 |
| **是否针对SAE进行治疗** | ☐不详 ☐无 ☐是，需在事件描述说明  |
| **相关性评价****(不良事件--怀疑药物)****研究/怀疑药物名称1：** | ☐肯定有关☐很可能有关☐可能有关☐可能无关☐肯定无关☐无法评价 | 报告者评价：☐肯定有关☐很可能有关☐可能有关☐可能无关☐肯定无关☐无法评价 | 申办方评价：☐肯定有关☐很可能有关☐可能有关☐可能无关☐肯定无关☐无法评价 | 是否为SUSAR ☐ 是 ☐ 否 |

|  |
| --- |
| **SAE发生及处理的详细情况** |
|  |

申请人(PI)签名： 日期：