疑似药品不良反应报告表（个人版）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **非常重要！！！：1.如果有药盒或药品外包装，请务必拍照上传。**  **2.请务必准确、完整填写空格项，该报告才能被监测机构使用。** | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 | |  | 联系方式 | |  |
| 是否有药物过敏史 | |  | | | | | | | |
| 怀疑导致身体不适的药品名称 | | 药品名称多为xxx片/胶囊/颗粒等，示例：盐酸普萘洛尔片。 | | | | | | | |
| 该药批准文号或  注册证号 | |  | | | | | 产品批号 | |  |
| 该药生产企业 | |  | | | | | | | |
| 该药使用时间 | | 从 年 月 日使用至 年 月 日 | | | | | | | |
| 如何用药或  用法用量 | | 示例：一天一次，一次一片 | | | | | | | |
| 购药地点 | | （ ）医院  （ ）药店  （ ）其他 | | | | | | | |
| 使用该药后  产生何种不适症状 | | 过程描述（该药使用多久后出现不舒服，具体症状）： | | | | | | | |
| 对服药后发生的  不适如何处理  （勾选） | | （ ）去 医院治疗。  （ ）自己买药对症治疗。  （ ）停药后自行好转，未做其他处理。  （ ）其他： 。 | | | | | | | |
| 目前是否已停止  使用该药 | |  | | | 目前不适症状  有无好转 | | |  | |