**医疗器械/体外诊断试剂临床试验严重不良事件报告表**

受理号：

|  |
| --- |
| 项目基本情况 |
| 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 |  |
| 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/预期用途 |  |
| 研究参与者情况 |
| 研究参与者编号 |  |
| 性别 | □男 □女 | 出生日期 | 年 月 日 |
| 合并疾病及治疗情况描述 |  |
| 严重不良事件情况 |
| 严重不良事件名称（诊断） |  |
| 研究者是否退出研究 |  □是 □否 |
| SAE发生日期 | 年 月 日 | SAE结束日期 |  年 月 日 |
| 研究者获知日期 | 年 月 日 | 申办者获知日期 |  年 月 日 |
| 严重不良事件分类 | □ 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 |
| 对试验医疗器械采取措施 | □继续使用 □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 □有 □无) □症状持续 □症状缓解 □症状加重 □死亡□其他 |
| 与试验医疗器械关系 | □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) |
| 器械缺陷 | □是 □否 | 预期 | □是 □否 |
| 其他严重安全性风险信息 | □是 □否 | 大范围严重不良事件或其他 重大安全性问题 | □是 □否 |
| 发生以及处理的详细情况： |
| 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研究参与者的信息□修改其他相关文件 □继续监测风险，暂无需采取其它措施 □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 |