

整理番号	
区分	■治験 ■医薬品

西暦 年 月 日

重篤な有害事象に関する報告書(第 報)

実施医療機関の長

一般社団法人福岡県社会保険医療協会
社会保険田川病院 病院長 殿

治験依頼者

(名称) 殿

治験責任医師

(氏名)

下記の治験において、以下のとおり重篤と判断される有害事象を認めたので報告いたします。

記

被験薬の化学名 又は識別記号		治験実施計画書番号	
治験課題名			

被験者識別コード*	
-----------	--

* : 胎児/出生児の場合は被験者(親)の識別コード

重篤な有害事象発現者の情報

重篤な有害事象発現者の 区分 <input type="checkbox"/> 被験者 <input type="checkbox"/> 胎児 <input type="checkbox"/> 出生児	体重 : kg 身長 : cm	生年月日(西暦年/月/日) : / / 年齢 : 歳(胎児週齢 週)	被験者の体質(過敏症素因等) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
	性別 : <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	重篤な有害事象発現前の月経日(西暦年/月/日) : / / (胎児に重篤な有害事象が発現した時点の妊娠期間 : 週)	

重篤な有害事象に関する情報 詳細情報の有無 あり(統一書式 別様式) なし

有害事象名(診断名) 治験薬に対する予測の可能性	有害事象発現日 (西暦年/月/日)	重篤と判断した理由 重篤と判断した日(西暦年/月/日)	有害事象の転帰 転帰日(西暦年/月/日)
<input type="checkbox"/> 既知 <input type="checkbox"/> 未知	/ /	(/ /) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 死亡のおそれ <input type="checkbox"/> 入院又は入院期間の延長 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 先天異常 <input type="checkbox"/> 上記に準じて重篤	(/ /) <input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 後遺症あり <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明

治験薬に関する情報

治験薬	投与期間 (西暦年/月/日)	有害事象との 因果関係	事象発現後の措置 変更後の用法・用量
<input type="checkbox"/> 本剤(盲検下) <input type="checkbox"/> 本剤 <input type="checkbox"/> その他	/ / ~ <input type="checkbox"/> / / <input type="checkbox"/> 投与中	<input type="checkbox"/> 関連あり <input type="checkbox"/> 関連なし	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 変更せず <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 該当せず <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 増量
薬剤名 : 販売名/一般名	投与期間中の用法・用量		変更後の用法・用量

備考 : コンビネーション製品の治験の場合は、本報告と関連した報告書がある旨を記載する。その他コメントがあれば記載する。

--

添付資料	
------	--

注) (長≠責) : 本書式は治験責任医師が作成し、実施医療機関の長及び治験依頼者に提出する。

(長=責) : 本書式は治験責任医師が作成し、治験依頼者に提出する。この場合、治験責任医師欄及び実施医療機関の長欄ともに記載する。