**湖南中医药大学第一附属医院伦理审查委员会**

### 医疗器械临床试验可疑且非预期严重不良反应报告

|  |  |
| --- | --- |
| 临床试验名称 |  |
| 项目来源 |  |
| 方案版本号 |  | 方案版本日期 |  |
| 知情同意书版本号 |  | 知情同意书版本日期 |  |
| 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 |
| 申办单位 |
| 申办单位联系地址 |  |
| 申办单位联系人 |  | 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 |  |
| 我院主要研究者 |  | 职称 |  |
| 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 |  |
| **SUSAR情况** |
| SUSAR名称 | （如可能，请作出诊断，并使用专业术语） |
| 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 |
| SUSAR程度 | □ 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受试者的信息□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 |