**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 | | | | | | |