

如果您或者您身边的人在使用艾伯维的产品过程中发生了不良事件，请及时向医疗专业人士寻求建议和帮助。如果您愿意向我们反馈该事件，请下载并填写以下不良事件报告表发送至 [pvchina@abbvie.com](mailto:pvchina@abbvie.com)。

不良事件是指患者或临床试验受试者在用药过程中或者用药后，发生的任何不利的、与用药目的无关的医疗事件，包括症状(如恶心、胸痛)、征兆(如心跳过速、肝脏肿大)或实验室检查结果异常(如血常规异常、心电图异常)等，无论该事件是否与用药之间有因果关系。此外，还包括一些特殊情况如妊娠或哺乳期用药、非用药人员意外或无意接触到产品、职业暴露、用药过量(滥用、误用)、用药错误(处方、配药或给药错误)、缺乏疗效、非预期的临床获益和超说明书使用。

根据法律要求，在全球和国家安全数据库中进行数据处理以及录入时，一切能够识别您个人的信息均会被保密。

\*为必填项，请尽可能详细地描述您所获知的不良事件并留下您的联系方式。

### 不良事件报告表

<b>*您的信息（请填写您的信息）：</b> <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 家属 <input type="checkbox"/> 医疗专业人士 <input type="checkbox"/> 其他（请详细说明）：	
*姓名：	
国家或者城市：	
*电话号码：	邮箱：
*您同意作为该不良事件的报告者，艾伯维联系您以获得更多相关信息吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

<b>*患者信息（以下三项至少选填一项）：</b>	
患者姓名或 姓名首字母缩写：	
年龄： 岁	
性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	

有相关病史吗？		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
病史术语（包括用药、手术、吸烟和饮酒）	开始日期（年月日）	结束日期 (若适用)(年月日)	

<b>药物过敏史(如有，请填写具体的过敏物及过敏的症状/体征)</b>

*艾伯维产品名称	*治疗疾病	*剂量/ 频率	*开始用药日期 (年/月/日)	停止用药日期 (若适用)(年/月/日)	*目前用药 状态
1)					<input type="checkbox"/> 继续使用 <input type="checkbox"/> 剂量调整 <input type="checkbox"/> 停用 <input type="checkbox"/> 不详

*不良事件 名称	*事件发生日期 (年/月/日)	事件结束日期 (若适用) (年/月/日)	*事件结局	是否因为不良事件住院
			<input type="checkbox"/> 治愈 <input type="checkbox"/> 正在恢复中 <input type="checkbox"/> 恢复但留有后遗症 <input type="checkbox"/> 未恢复 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 未知	<input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 未导致住院
			<input type="checkbox"/> 治愈 <input type="checkbox"/> 正在恢复中 <input type="checkbox"/> 恢复但留有后遗症 <input type="checkbox"/> 未恢复 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 未知	<input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 未导致住院
			<input type="checkbox"/> 治愈 <input type="checkbox"/> 正在恢复中 <input type="checkbox"/> 恢复但留有后遗症 <input type="checkbox"/> 未恢复 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 未知	<input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 未导致住院

合并用药：是否同期服用/使用任何其他药物？					<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
合并药物名称	开始使用日期 (年/月/日)	结束使用日期 (若适用)(年/月/日)	剂量	给药途径	适应症	

事件描述（其他任何与不良事件相关的描述）