

7. 有害事象

有害事象名	
発現日 (年月日 時分)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"><input type="text"/></div> <div style="width: 40%;"><input type="text"/></div> </div>
重篤性	
重篤性の判定	<input type="checkbox"/> 死に至るもの <input type="checkbox"/> 生命を脅かすもの <input type="checkbox"/> 治療のための入院又は入院期間の延長が必要であるもの <input type="checkbox"/> 永続的又は顕著な障害・機能不全に陥るもの <input type="checkbox"/> 先天異常・先天性欠損を来すもの <input type="checkbox"/> その他の医学的に重要な状態と判断される事象又は反応
本剤との因果関係	
有害事象に対する処置 (対症療法)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 処置の内容:
転帰日 (年月日 時分)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"><input type="text"/></div> <div style="width: 40%;"><input type="text"/></div> </div>
転帰	後遺症の内容:
本剤以外に 疑われる要因	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 薬剤、疾患、処置等: (有の場合は以下にご入力ください)

有害事象名	
発現日 (年月日 時分)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"><input type="text"/></div> <div style="width: 40%;"><input type="text"/></div> </div>
重篤性	
重篤性の判定	<input type="checkbox"/> 死に至るもの <input type="checkbox"/> 生命を脅かすもの <input type="checkbox"/> 治療のための入院又は入院期間の延長が必要であるもの <input type="checkbox"/> 永続的又は顕著な障害・機能不全に陥るもの <input type="checkbox"/> 先天異常・先天性欠損を来すもの <input type="checkbox"/> その他の医学的に重要な状態と判断される事象又は反応
本剤との因果関係	
有害事象に対する処置 (対症療法)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 処置の内容:
転帰日 (年月日 時分)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"><input type="text"/></div> <div style="width: 40%;"><input type="text"/></div> </div>
転帰	後遺症の内容:
本剤以外に 疑われる要因	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 薬剤、疾患、処置等: (有の場合は以下にご入力ください)