한국오노약품 이상사례 보고서

**개인 정보 수집 동의**

|  |
| --- |
| 개인정보 수집 및 개인정보보호정책(홈페이지 내 게시)에 동의합니다.  네  아니요  *아니오를 선택하신 경우, 보고서 처리에 제한이 있을 수 있습니다* |
| 보고하신 이상사례의 추가 정보 수집을 위해 한국 오노에서 연락하는 것에 동의합니까?  네  아니요 |

**각 항목에 해당하는 내용을 최대한 자세히 입력해 주십시오. (모르는 경우 빈칸, 또는 □모름에 표시)**

\* 필수 작성 항목

|  |  |
| --- | --- |
| **보고하시는 분 정보** | |
| \*이름 혹은 이니셜 | \*연락처 (전화 번호, 이메일 주소 등) |
|  |  |
| \*환자와의 관계 | |
| 본인 환자의 보호자 의약전문가  기타 ( ) | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **이상사례를 겪은 환자 정보** | | | |
| 이름 혹은 이니셜 | \*성별 | 생년월일 | \*연령 혹은 연령대 |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **\*이상사례를 상세히 설명해주세요.** | | | |
|  | | | |
| 이상사례 시작일: 년 월 일 | | 모름 | |
| 이상사례 종료일: 년 월 일 | 모름 | | 이상사례가 아직 없어지지 않음 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **의약품 정보** | | | | | |
| \*제품명 | 투약 목적  (예,비소세포폐암) | 투약 시작일  (년/월/일) | 투약 종료일  (년/월/일) | 투여 용량/횟수  (예,3mg/kg, 2주마다  또는 4캡슐 1일 1회) | 제조번호  (LOT NUMBER) |
|  |  |  |  |  | 모름 |

|  |
| --- |
| **기타 추가정보**  (병력, 동반질환, 병용약물, 이상사례의 치료여부, 관련한 검사결과 등) |
|  |