報告日： 　　　　　年　　　月　　　日

報告者　施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告者名：

――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――[効安審査時はOGSGデータセンターでマスキングする]

|  |  |
| --- | --- |
| **ＯＧＳＧ 重篤な有害事象（ＳＡＥ）報告書【第 　　 報】** | |
| **有害事象の重篤度** | **有害事象の報告期限** |
| 1）死亡  2）Grade4の有害事象 | 第１報：有害事象の発生を知ってから72時間以内に把握している情報を報告  第２報：有害事象の発生を知ってから７日以内に詳細な情報を報告  （必要時、検査データ、画像、剖検結果）  第３報以降：新たな情報が得られた場合に随時報告 |
| 3）Grade１/2/3の有害事象  かつ入院/入院延長あり  4）その他の医学的に重篤な状態と  判断される有害事象 | 初回：有害事象の発生を知ってから10日以内に詳細な情報を報告  追加：新たな情報が得られた場合に随時報告 |

**1．プロトコールおよび患者に関する情報**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究番号 | OGSG | 登録番号 |  | 割付群 | |  |
| 性別 | □男　　□女 | 有害事象発生時年齢 | 歳 | |  |  |

**2．有害事象の概要**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| # | 有害事象名  （CTCAE） | Grade | 発現日 | 予測 | 入院 /  入院延長 | 因果関係が疑われる治療法 | 因果関係  ＊1 | 転帰＊2  (今回の報告時) | 転帰日 |
| １ |  |  | 年　 月　 日 | □ される  □ されない | □ あり  □ なし |  |  |  | 年　 月　 日 |
| ２ |  |  | 年　 月　 日 | □ される  □ されない | □ あり  □ なし |  |  |  | 年　 月　 日 |
| ３ |  |  | 年　 月　 日 | □ される  □ されない | □ あり  □ なし |  |  |  | 年　 月　 日 |
| 4 |  |  | 年　 月　 日 | □ される  □ されない | □ あり  □ なし |  |  |  | 年　 月　 日 |

\*1 因果関係の程度：因果関係あり---definite〔明確に〕、probable〔おそらく､十中八九は〕、possible〔ありうる〕

因果関係なし---unlikely〔ありそうにない〕、notrelated〔関係ない〕

\*2 転帰：〔回復〕、〔軽快〕、〔未回復〕、〔回復したが後遺症あり〕、〔死亡〕、〔不明〕

死亡の場合

|  |  |
| --- | --- |
| 死因 | □ 上記の有害事象（＃　　　　） □ 腫瘍増悪　□その他（　　　　　　） |
| 剖検の有無 | □ 無　 □ 有→剖検で確認した死因： |

報告日： 　　　　年　　　月　　　日

報告者　施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告者名：

――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――[効安審査時はOGSGデータセンターでマスキングする]

|  |
| --- |
| **ＯＧＳＧ 重篤な有害事象（ＳＡＥ）詳細報告書【第 　　 報】** |

**1．プロトコールおよび患者に関する情報**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究番号 | OGSG | 登録番号 |  | 割付群 | |  |
| 性別 | □男　　□女 | 有害事象発生時年齢 | 歳 | |  |  |

**２．有害事象の状況**

 以下の項目を含み、経過がわかるように経時的に記載する。報告内容に合わせて記載順を変更しても差し支えない。

 検査結果、診断報告書等のコピーを添付する場合は、患者の個人情報は必ずマスキングすること。

 医療機関の固有名称の記載を避け、「当院」「近医」等を用いて記述すること。

【有害事象の状況】

発現日、有害事象の内容、有害事象に対する臨床的対応（支持療法）、関連する検査結果（検査日を含む）

プロトコール治療の中止等に関する情報（継続、休止、再開、中止、完了など、日付を含む）

転帰、転帰日

死亡の場合、死因、剖検所見、その他の死後の所見

**3．研究責任医師/担当医師の見解**

【有害事象とプロトコール治療との因果関係の判断根拠、有害事象の診断、重篤性についてコメント】

【その他の意見】

# 別紙様式２－１

疾病等報告書（医薬品）

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 独立行政法人医薬品医療機器総合機構　理事長 | 殿 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究責任医師（多施設共同研究として実施する場合は、研究代表医師） | 氏　名 |  | | |
| 所属 | （部署まで） | | |
| 住　所 |  | | |
| 電話 |  | FAX |  |

　下記のとおり、特定臨床研究の実施に伴い疾病等が発生したので、臨床研究法（平成29年法律第16号）第14条の規定により報告します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 続報 | | | | | ：既に医薬品医療機器総合機構へ報告した症例の続報の場合はチェック | | | | | | | | | | □ | |
| 追加報告予定の有無 | | | | | ：本報告後に医薬品医療機器総合機構への追加報告（続報）の予定の有無 | | | | | | | | | | □有　□無 | |
| □ | 未承認医薬品 | | | | | |
| □ | 適応外使用 | | | | | |
| 特定臨床研究の名称 | | | | | | |  | | 臨床研究実施計画番号 | | | |  | | | | |
| 患者情報 | | 患者イニシャル | | | | |  | | 患者識別コード等 | | | |  | | | | |
| 性別 | | | | | 副作用等発現年齢 | | 身長 | | | 体重 | 妊娠 | | | | |
| □男　□女 | | | | | 歳（乳児：　ヶ月　週） | | cm | | | kg | □無□有（妊娠　　週）□不明 | | | | |
| 原疾患・合併症 | | | | | 既往歴 | | 過去の副作用歴 | | | | 特記事項 | | | | |
| 1.  2. | | | | | 1.  2. | | □無・□有  医薬品名：  副作用名：  □不明 | | | | 飲酒　□有（　　 ）□無　□不明  喫煙　□有（　　 ）□無　□不明  ｱﾚﾙｷﾞｰ□有（　　 ）□無　□不明  その他（　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 副作用等に関する情報 | | 副作用等の名称又は症状、異常所見 | | | | | 副作用等の重篤性  重篤の場合、＜重篤の判定基準＞の該当する番号を（ ）記入 | | 発現期間  （発現日～転帰日） | | | | 副作用等の転帰  後遺症ありの場合、（ ）に症状を記入 | | | | |
| 1. | | | | | □重篤 →（　　）  □非重篤 | | 年　 月　 日  ～　　年　 月　 日 | | | | □回復　□軽快　□未回復  □死亡　□不明  □後遺症あり（　　　　　　　　） | | | | |
| 2. | | | | | □重篤 →（　　）  □非重篤 | | 年　 月　 日  ～　　年　 月　 日 | | | | □回復　□軽快　□未回復  □死亡　□不明  □後遺症あり（　　　　　　　　） | | | | |
| ＜重篤の判定基準＞  ①：死亡　②：障害　③：死亡につながるおそれ  ④：障害につながるおそれ　⑤：治療のために入院又は入院期間の延長  ⑥：①～⑤に準じて重篤である　⑦：後世代における先天性の疾病又は異常 | | | | | | | | | ＜死亡の場合＞  被疑薬と死亡の因果関係：  □有　□無　□不明 | | | ＜胎児への影響＞  □影響あり　□影響なし  □不明 | | | |
| 被疑薬及び使用状況に関する情報 | | 被疑薬の名称（国内承認済製品の場合は販売名、盲検解除前は名称の前に「B\_」） | | | | | 国内承認済製品の場合は製造販売業者の名称  (業者への情報提供の有無) | | 投与  経路 | | １日投与量  (1回量×回数) | | 投与期間  （開始日～終了日） | | | 使用理由  （疾患名、症状名） | |
|  | |  | | |  | (□有□無) |  | |  | | ～ | | |  | |
|  | |  | | |  | (□有□無) |  | |  | | ～ | | |  | |
|  | |  | | |  | (□有□無) |  | |  | | ～ | | |  | |
| 最も関係が疑われる被疑薬に○をつけてください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 併用薬（副作用発現時に使用していたその他の医薬品の販売名　可能な限り投与期間もご記載ください。） | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 副作用等の発現及び処置等の経過（記入欄が不足する場合は裏面の報告者意見の欄等もご利用ください。） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月　 日 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| ※被疑薬投与前から副作用等の発現後の全経過において、関連する状態・症状、検査値等の推移、診断根拠、副作用に対する治療・処置、被疑薬の投与状況等を経時的に記載してください。検査値は下表もご利用ください。 | | | | | | | | | | | |
| 副作用等の発現に影響を及ぼすと考えられる上記以外の処置・診断 ：□有　□無  有りの場合 →（□放射線療法　□輸血　□手術　□麻酔　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 再投与：□有　□無　　有りの場合→　再発：□有　□無 | | | | | | | | ワクチンの場合、ロット番号（　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 発生機関の情報 | | | 発生機関名：  問い合わせ先　氏名：  施設名（所属部署まで）  （職種：□医師、□歯科医師、□薬剤師、□看護師、□その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　））  住所：〒  電話：　　　　　　　　　　　　　FAX： 　　　　　　　　　　　　　E-mail： | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 報告者意見（副作用歴、薬剤投与状況、検査結果、原疾患・合併症等を踏まえ、被疑薬と副作用等との関連性について意見を記載） |
|  |

検査値（投与前、発現日、転帰日の副作用等と関係のある検査値等を記入）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 検査日  検査項目(単位) | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

（留意事項）

（１）「副作用等」は、臨床研究法第13条に規定する「疾病等」をいう。

（２）研究責任医師（多施設共同研究として実施する場合は、研究代表医師）から報告された情報について、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（以下「機構（PMDA）」という。）は、情報を整理し、その結果を厚生労働大臣に報告する。また、製造販売承認等を取得している医薬品に係る報告の場合、原則として、機構（PMDA）からその医薬品を供給する製造販売業者等へ情報提供を行い、機構（PMDA）又は当該製造販売業者は、報告を行った医療機関等に対し詳細な調査を行う。

（３）報告された情報について、安全対策の一環として広く公表することがあるが、その場合には、施設名及び患者のプライバシー等に関する部分は除いて公表する。

（４）記入欄が不足する場合は、別紙に記載し、本報告書に添付すること。

（５）承認の範囲内で医薬品（抗がん剤等の一部の除外医薬品を除く。）を投与した臨床研究による健康被害については、医薬品等副作用救済制度又は生物由来製品等感染等被害救済制度（お問い合わせ先0120-149-931（ﾌﾘｰﾀﾞｲﾔﾙ））があるため、報告される副作用等がこれらの制度の対象となると思われるときには、当該患者に本制度を紹介すること（ただし、使用された医薬品が抗がん剤等の対象除外医薬品である場合や、副作用等による健康被害が入院相当の治療を要さない場合には、制度の対象とはならない）。

詳細は機構（PMDA）のホームページ（http://www.pmda.go.jp/relief-services/index.html）を参照。

（６）本報告は、原則電子メールにて、医薬品医療機器総合機構安全第一部情報管理課宛に送付すること。

（電子メール：trk-shippeitouhokoku@pmda.go.jp、FAX：0120-395-390）