**河南省传染病医院（郑州市第六人民医院）**

**SAE报告递交函**

本研究XXXX 年XX月XX日发生的SAE报告见附件。基本情况如下：

|  |  |
| --- | --- |
| 方案名称 |  |
| 申办者 |  |
| 承担专业/ 主要研究者 |  |
| 报告日期 | 年 月 日 时 | □首次/□随访/□总结 |
| 受试者编号/姓名缩写 |  |
| 试验用药名/编号 |  | □对照组/□试验组/□双盲/□其他 |
| 受试者发生事件 |  |
| SAE名称 |  |
| SAE编号 |  |

研究者签名：

日期： 年 月 日

回 执

河南省传染病医院（郑州市第六人民医院）药物临床试验机构已经收到上述文件。

接收人签字： 日期：