様式第１０号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　月　　日提出

重篤な有害事象に関する報告書

日本脳神経外科学会理事長　殿

実施責任者　（和文表記）　　　　　　　　　　印（英文表記）

医療機関名・職名

会員番号　　　　　　　　所属支部　　　　　　　　　　　専門医番号

電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号：　　　　　　　　　　　　　E-mailアドレス：

○課題名：

○受付番号 （以前の審査結果通知書に記載されております。）

重篤な有害事象報告

|  |  |
| --- | --- |
| 発生機関 | □自施設　　□他の共同臨床研究機関（機関名：　　　　　　　　　　　　　） |
| 重篤な有害事象名 |  |
| 予測可能性 | □既知　□未知 |
| 重篤と判断した理由\*複数選択可 | □死亡　□死亡のおそれ　□入院又は入院期間の延長□障害　□障害のおそれ　□上記に準じて重篤□先天異常 |
| 侵襲・介入の内容と因果関係 |  |
| 経過\*別紙可 | 発生日 | 西暦　　　年　　月　　　日 |
| 経過 |  |
| 転帰 | 西暦　　　年　　月　　　日□回復　□軽快　□未回復　□後遺症あり　□死亡　□不明 |
| 被験者の特定に関する情報 | 被験者識別コード等 |  | 年齢 |  | 性別 | □男　□女 |
| 重篤な有害事象に対する措置 | □変更せず　□計画変更　□研究中止　□新規登録の中断□説明同意文書の改訂　　□他の被験者への再同意□その他（　　　　　　） |

共同研究機関への周知等

|  |  |
| --- | --- |
| 共同研究機関 | □無　　□有（総機関数（自施設含む）　　機関） |
| 当該情報周知の有無 | □無　　□有（周知の方法：　　　　　　　　　　　　　） |

\*倫理委員会にて説明をお願いする場合があります。

\*実施責任者は、侵襲を伴う研究の実施において重篤な有害事象の発生を知った場合は、研究対象者等への説明等、必要な措置を講じるとともに、速やかにその旨を報告しなければなりません。