

Type of report: (delete as appropriate)		SAE Report	Urgent Event (TMA) Form	Lactational Exposure Report		
Concomitant medications? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y		Only include non-IMP drugs given within the 30 days prior to event onset ( <i>excluding</i> treatment for event, if applicable).				
Drug Name	Indication	Total Daily Dose Prior to this SAE (include units)	Frequency	Route	Date of <u>First</u> Administration of Drug AND Date of <u>Last</u> Administration of Drug Prior to this SAE dd-mm-yyyy	
					First <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ongoing <input type="checkbox"/>
					Last <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
					First <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ongoing <input type="checkbox"/>
					Last <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
					First <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ongoing <input type="checkbox"/>
					Last <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
					First <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ongoing <input type="checkbox"/>
					Last <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
					First <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ongoing <input type="checkbox"/>
					Last <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
					First <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ongoing <input type="checkbox"/>
					Last <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
					First <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ongoing <input type="checkbox"/>
					Last <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
					First <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ongoing <input type="checkbox"/>
					Last <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
					First <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ongoing <input type="checkbox"/>
					Last <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

For UCL CTC use only: Date form received: \_\_\_\_\_ Date form checked: \_\_\_\_\_ Date form entered: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_