

CARDAMON Concomitant Medications

Patient Trial Number: CAR-

Initials

Type of report: **SAE Report** **Urgent Event (TMA) Form** **Lactational Exposure Report**
(delete as appropriate)

Concomitant medications? N Y *Only include non-IMP drugs given within the 30 days prior to event onset, (excluding 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	Last
					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: _____