

臺南市預防接種異常事件通報表

| 通報單位與時間 | |
|---|--|
| 發現時間： 年 月 日 時 分 發現單位： _____ 發現人員：姓名 _____ 職稱 _____ | 發生時間： 年 月 日 時 分 接種單位： _____ 接種人員：姓名 _____ 職稱 _____ |
| 衛生所填報人員：臺南市 _____ 區衛生所 姓名 _____ 職稱 _____ 獲知時間： 年 月 日 時 分 | 衛生局審查通報人員： 姓名 _____ 職稱 _____ 通報時間： 年 月 日 時 分 |
| 異常事件類別 | 問題內容 |
| <input type="checkbox"/> 疫苗種類錯誤 <input type="checkbox"/> 疫苗劑量錯誤 <input type="checkbox"/> 接種對象錯誤 <input type="checkbox"/> 接種間隔不足 <input type="checkbox"/> 重複接種 <input type="checkbox"/> 其他： | 原應接種疫苗廠牌： _____ ，劑次 _____ ，劑量 _____ 此次接種疫苗廠牌： _____ ，劑次 _____ ，劑量 _____ 批號： _____ 效期： _____ 同時接種其他疫苗： <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 是，疫苗名稱： _____ ，劑次 _____ |
| 接種個案基本資料 (本項資料，集體事件請填附表) | |
| 姓名： _____ ，出生日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日，接種時年齡： _____ 歲 _____ 月 | |
| 發生經過及原因描述(接種單位填寫) | |
| | |

是否有規劃詳細接種流程：無， 有（檢附接種流程及說明三讀五對查核點）

三讀五對說明：

改善措施：

接種個案基本資料

姓名：_____，出生日期：_____年_____月_____日，接種時年齡：_____歲_____月

預防接種史：

最近一次接種劑疫苗名稱：_____，劑次：_____，時間：_____年_____月_____日

其他疫苗接種情形：

- | | | | | |
|--|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> HBIG | <input type="checkbox"/> BCG | <input type="checkbox"/> HepB1 | <input type="checkbox"/> HepB2 | <input type="checkbox"/> HepB3 |
| <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> MMR1 | <input type="checkbox"/> MMR2 | <input type="checkbox"/> HepA1 | <input type="checkbox"/> HepA2 |
| <input type="checkbox"/> DTaP-Hib-IPV1 | <input type="checkbox"/> DTaP-Hib-IPV2 | <input type="checkbox"/> DTaP-Hib-IPV3 | <input type="checkbox"/> DTaP-Hib-IPV4 | |
| <input type="checkbox"/> JE1 | <input type="checkbox"/> JE2 | <input type="checkbox"/> JE3 | <input type="checkbox"/> JE4 | |
| <input type="checkbox"/> Td | <input type="checkbox"/> Tdap | <input type="checkbox"/> Tdap-IPV | <input type="checkbox"/> DTaP-IPV | |
| <input type="checkbox"/> 13PCV1 | <input type="checkbox"/> 13PCV2 | <input type="checkbox"/> 13PCV3 | <input type="checkbox"/> JE-CV-LiveAtd1 | <input type="checkbox"/> JE-CV-LiveAtd1 |

其他：

疫苗名稱：_____劑次_____，疫苗名稱：_____劑次_____

疫苗名稱：_____劑次_____，疫苗名稱：_____劑次_____

接種單位填表人

接種單位單位主管

衛生所承辦人

衛生所單位主管

衛生局承辦人

衛生局單位主管

臺南市預防接種異常集體案件之個案基本資料及後續處理情形表

| 個案基本資料 | | 後續處理 | | | | |
|--------|------|------|-------|-------|-------|-------|
| 姓名 | 出生日期 | 接種單位 | | 衛生局/所 | | *個案狀況 |
| | | 介入時間 | ★處理情形 | 介入時間 | ★處理情形 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

備註：

1. ★：處理情形：應含與家屬溝通、擬（已）採行之因應措施等事項。
2. ※：個案狀況：應含接種後是否有不良反應（有者，請載明症狀、發生時間、就醫等情形）；接種 PPD、BCG 者，須檢附照片。
3. 如欄位不敷使用，請自行增列。