# 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<br>發現單位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿<br>發現人員：姓名＿＿＿＿＿＿職稱 ＿＿＿＿＿＿ | 發生時間：　　年　　月　　日　　時　　分<br>接種單位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿<br>接種人員：姓名＿＿＿＿＿＿職稱 ＿＿＿＿＿＿ |
| 衛生所填報人員：臺南市＿＿＿＿＿區衛生所<br>姓名＿＿＿＿＿＿職稱 ＿＿＿＿＿＿＿＿<br>獲知時間：　　年　　月　　日　　時　　分 | 衛生局審查通報人員：<br>姓名＿＿＿＿＿＿職稱 ＿＿＿＿＿＿＿＿<br>通報時間：　　年　　月　　日　　時　　分 |

| 異常事件類別 | 問題內容 |
|---|---|
| ☐ 疫苗種類錯誤 ☐疫苗劑量錯誤<br>☐ 接種對象錯誤 ☐接種間隔不足<br>☐ 重複接種<br>☐ 其他： | 原應接種疫苗廠牌：＿＿＿＿，劑次＿＿＿＿，劑量＿＿＿＿<br>此次接種疫苗廠牌：＿＿＿＿，劑次＿＿＿＿，劑量＿＿＿＿<br>批號：＿＿＿＿＿＿效期：＿＿＿＿＿＿<br>同時接種其他疫苗：<br>☐否；☐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)

# 臺南市預防接種異常事件通報表

<table>
<tr><th colspan="3">後續處理<br>（本項資料，集體事件請填附表）</th></tr>
<tr><td>個案陪同家屬<br>（無則免填）</td><td colspan="2">姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿，與個案關係：＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
<tr><td>家屬反應</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">追蹤介入時間<br>及處理情形</td><td>接種單位</td><td>衛生局所</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>後續追蹤<br>（接種單位填寫）</td><td colspan="2">接種後是否有不良反應：□無<br>□有，症狀：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿<br>症狀發生時間：＿＿月＿＿日＿＿時，於接種後＿＿＿＿小時<br>是否就醫：□無<br>□有，就診日期：＿＿月＿＿日，就診地點：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿<br>處置：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
</table>

**檢討改善措施(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：

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| □HBIG | □HepB1 | □HepB2 | □HepB3 | □BCG |
| □DTaP-Hib-IPV1 | □DTaP-Hib-IPV2 | □DTaP-Hib-IPV3 | □DTaP-Hib-IPV4 | □Var |
| □13PCV1 | □13PCV2 | □13PCV3 | □JE-CV-LiveAtd1 | □JE-CV-LiveAtd2 |
| □MMR1 | □MMR2 | □HepA1 | □HepA2 | □DTaP-IPV |

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　　接種單位主管

衛生所承辦人　　衛生所單位主管

衛生局審查人員　　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。