

疫苗接種嚴重不良反應通報單

| | | | | | | | | |
|---|--|--|---------|--|---|----|----|----|
| 個案編號： | 1. 發生日期： 年 月 日 時 | | | | 2. 通報者獲知日期： 年 月 日 | | | |
| | 3. 通報中心接獲通報日期： 年 月 日 (由通報中心填寫) | | | | | | | |
| | 4. 填表者 姓名： 服務機構： 電話： 電子郵件信箱： 地址： 原始通報者屬性： <input type="checkbox"/> 醫療人員 (職稱： <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 其他：_____) <input type="checkbox"/> 廠商 <input type="checkbox"/> 民眾 | | | | | | | |
| | 5. 接種單位名稱 (或院所十碼代碼)： 地 址：____縣 市____鄉鎮市區 接種人員姓名： 連絡電話： | | | | 6. 就診醫院名稱 (或院所十碼代碼)： 地 址：____縣 市____鄉鎮市區 主治醫師姓名： 連絡電話： | | | |
| I. 接種個案基本資料 | | | | | | | | |
| 7. 姓名： | | 8. 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | 9. 出生日期： 年 月 日 或年齡：____歲 | | | | |
| 10. 身分證字號或識別代號： | | 11. 聯絡電話： | | 12. 居住地：____縣 市____鄉鎮市區 | | | | |
| II. 不良事件有關資料 | | | | | | | | |
| 13. 不良事件結果 (單選，以最嚴重結果勾選) <input type="checkbox"/> A. 死亡，日期：____年 月 日，死亡原因： <input type="checkbox"/> B. 危及生命 <input type="checkbox"/> C. 造成永久性殘疾 <input type="checkbox"/> D. 胎兒先天性畸形 <input type="checkbox"/> E. 導致病人住院或延長病人住院時間 <input type="checkbox"/> F. 其他嚴重不良反應 (具重要臨床意義之事件) <input type="checkbox"/> G. 非嚴重不良事件 (非上述選項者) | | | | 15. 相關檢查及檢驗數據 (將結果與數據依日期填寫) | | | | |
| 14. 通報不良事件描述 (應包括不良事件發生之日期、部位、症狀、嚴重程度及處置)： 不良事件症狀： 相關診斷結果： | | | | 16. 其他有關資料 (包含過去疾病史、過敏病史、類似之不良事件及其他相關資訊)： 17. 後續處理情形： 目前是否已康復： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | |
| III. 接種疫苗資料 | | | | | | | | |
| 18. 可疑疫苗 | | | | | | | | |
| 疫苗名稱 | 劑次 | 接種途徑 | 接種日期/時間 | 接種部位 | 劑量 | 廠牌 | 批號 | 效期 |
| | | | 年 月 日 時 | | | | | |
| | | | 年 月 日 時 | | | | | |
| | | | 年 月 日 時 | | | | | |
| 19. 併用疫苗 (通報接種前 1 個月接種之疫苗) 及藥品： | | | | | | | | |
| 疫苗名稱 | 劑次 | 接種途徑 | 接種日期/時間 | 接種部位 | 劑量 | 廠牌 | 批號 | 效期 |
| | | | 年 月 日 時 | | | | | |
| | | | 年 月 日 時 | | | | | |
| | | | 年 月 日 時 | | | | | |

接種機構 填表人：
衛生所 填表人：
衛生局審查人員：

接種機構負責人：
衛生所主任：
衛生局單位主管：