

## 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。