

疫苗接種嚴重不良反應通報單

附件 5

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)：				6. 就診醫院名稱 (或院所十碼代碼)：				
地 址： _____ 縣市 _____ 鄉鎮市區				地 址： _____ 縣市 _____ 鄉鎮市區				
接種人員姓名：				主治醫師姓名：				
連絡電話：				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)				15. 相關檢查及檢驗數據 (將結果與數據依日期填寫)				
<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)								
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)：				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)：				
不良事件症狀：								
相關診斷結果：				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 (含劑次) / 藥品名稱	接種途徑 / 給藥途徑	接種/給藥日期	接種部位	劑量頻率	廠牌	批號	效期	

衛生所填表人：

衛生所主任：

衛生局審查人員：

衛生局單位主管：