

公費疫苗毀損事件通報表

| 南投縣政府衛生局 | | | | | |
|---|---|------------------------|--|--------|------------------|
| 發生時間： 年 月 日 時 分 | | 接種單位： _____ | | | |
| 接種地點： _____ | | 接種人員：姓名 _____ 職稱 _____ | | | |
| 發生人員：姓名 _____ 職稱 _____ | | | | | |
| 衛生所填報人員：所屬衛生所 _____ | | 衛生局審查通報人員： | | | |
| 姓名 _____ 職稱 _____ | | 姓名 _____ 職稱 _____ | | | |
| 獲知時間： 年 月 日 時 分 | | 通報日期： 年 月 日 時 分 | | | |
| 毀損疫苗種類 | | 發生經過及原因描述 | | | |
| 1. 名稱 | 原因： (請務必填寫被接種人姓名、ID、出生年月日) 經過： 請詳細描述事發經過 | | | | |
| 批號 | | | | 批號-CDC | |
| 有效期限 | | | | | |
| 毀損數量 | | | | 每劑單價 | |
| 總金額 | | | | 經費來源 | 中央 3/4 本縣 1/4 |
| 2. 名稱 | | | | | |
| 批號 | | | | | |
| 有效期限 | | | | | |
| 毀損數量 | | | | 每劑單價 | |
| 總金額 | | | | 經費來源 | 中央 3/4 本縣 1/4 |
| 檢討改善措施 | | | | | |
| 詳細描述 1. 檢討改善作為 2. 檢討會議教育訓練 3. 接種流程修訂 4. 個案家屬告知及後續追蹤處理 | | | | | |
| 衛生局審核結果 | | | | | |
| | | | | | |

| | |
|---------------|---------------|
| 接種機構 填表人 (簽章) | 接種機構 負責人 (簽章) |
| 衛生所 填表人 (簽章) | 衛生所 主任 (簽章) |
| 衛生局 審查人員 (簽章) | 衛生局 單位主管 (簽章) |

| |
|-------|
| |
| 照片說明： |
| |
| 照片說明： |

附件照片