

疑似接種疫苗後 不良反應通報表	*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）	
通報中心填寫 個案編號：	4. 通報者 *姓名：_____ 服務機構：_____	
	*電話：_____ 電子郵件信箱：_____	
地址：_____縣市_____鄉鎮市區		
原始通報者屬性： <input type="checkbox"/> 醫療機構人員（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"/> 衛生單位人員 <input type="checkbox"/> 廠商 <input type="checkbox"/> 民眾		
5. 接種單位：（同通報者僅需填接種人員姓名） 地 址：_____縣市_____鄉鎮市區 *接種人員姓名：_____		6. 就診醫院：（同通報者僅需填主治醫師姓名） 地 址：_____縣市_____鄉鎮市區 *主治醫師姓名：_____
*聯絡電話：_____		聯絡電話：_____
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：_____ 11. 聯絡電話： (O) _____ (H) _____		
12. 住址： _____ 縣市 _____ 鄉鎮市區 _____ 村里 _____		

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)

- A. 死亡, 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日, 死亡原因: _____
-
- B. 危及生命
- C. 造成永久性殘疾
- D. 胎兒先天性畸形
- E. 導致病人住院或延長病人住院時間
- F. 需作處置以防永久性傷害
- 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:

不良反應類別	詳述發生日期、部位、症狀嚴重度及處置
<input type="checkbox"/> A、局部反應(局部紅、腫、痛、類蜂窩性組織炎、淋巴腺炎等)	
<input type="checkbox"/> B、血液、免疫、皮膚症狀 (血小板低下、出血性紫斑症、皮疹、蕁麻疹、過敏反應等)	
<input type="checkbox"/> C、系統性反應 (發燒、頭痛、噁心、嘔吐、全身不適等)	
<input type="checkbox"/> D、神經、肌肉系統症狀 (顏面神經麻痺、腦炎、腦膜炎、抽筋、痙攣、癲癇等神經或肌肉症狀、及頭暈、胸悶、無力等疑似暈針等症狀)	
<input type="checkbox"/> E、其他	

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):

相關診斷結果:

*17. 目前診察結果及後續處理情形:

是否已康復: 是 否

III. 接種疫苗資料

18. 疑似引起不良反應疫苗/併用疫苗及藥品

*疫苗名稱 /藥品名稱	劑次	接種途徑/ 給藥途徑	*接種給藥日期/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					

(2010.01.31)