附件 2

# 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<br>姓名：　服務機構：<br>電話：<br>原始通報者屬性：<br>□醫療人員（職稱：□醫師 □藥師 □護理人員 □其他：_____）□廠商 □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<br>接種人員姓名:<br>連絡電話: | 地　　址：_____縣市_____鄉鎮市區<br>主治醫師姓名：<br>連絡電話： |

## I. 接種個案基本資料

7.姓名：　8.性別：□男 □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） |
|---|---|
| □ A.死亡，日期：　年　月　日，死亡原因：_____<br>□ B.危及生命<br>□ C.造成永久性殘疾<br>□ D.胎兒先天性畸形<br>□ E.導致病人住院或延長病人住院時間<br>□ F.其他嚴重不良反應(具重要臨床意義之事件)<br>□ 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）:<br>不良事件症狀：<br>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）:<br>17.後續處理情形：<br>目前是否已康復：□是 □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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |