

## 預防接種異常事件通報表

合約院所名稱		
發生時間： 年 月 日 時 分 接種地點： _____ 發生人員：姓名 _____ 職稱 _____	接種單位： _____ 接種人員：姓名 _____ 職稱 _____	
衛生所填報人員：所屬衛生所 _____ 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 _____ 通報日期： 年 月 日 時 分	
異常事件類別	發生經過及原因描述	
<input type="checkbox"/> 拿錯疫苗 <input type="checkbox"/> 打錯人 <input type="checkbox"/> 重複施打 <input type="checkbox"/> 提前接種 <input type="checkbox"/> 接種間隔 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
問題內容		
原應接種疫苗名稱： _____，劑次 _____ 此次接種疫苗名稱： _____，廠牌 _____ 批號： _____ 效期： _____		
同時接種其他疫苗： <input type="checkbox"/> 是， _____ <input type="checkbox"/> 否		
後續處理		
個案陪同家長	姓名： _____，與個案關係： _____	
家長反應		
追蹤介入時間及處理情形	接種單位	衛生局所
其他	接種後是否有不良反應： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，症狀： _____ 症狀發生時間： _____月 _____日 _____時，於接種後 _____小時 是否就醫： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，就診日期： _____，就診地點： _____ 處置： _____	

### 檢討改善

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：

改善情形：

### 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：

- HBIG    BCG    HepB1    HepB2    HepB3  
Var    MMR1    MMR2  
DTaP-Hib-IPV1    DTaP-Hib-IPV2    DTaP-Hib-IPV3    DTaP-Hib-IPV4  
JE1    JE2    JE3    JE4  
Td    Tdap-IPV

其他疫苗：

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 \_\_\_\_\_ 接種單位  
填表人 \_\_\_\_\_ 單位主管 \_\_\_\_\_

衛生所 \_\_\_\_\_ 衛生所  
填表人 \_\_\_\_\_ 主任 \_\_\_\_\_

衛生局 \_\_\_\_\_ 衛生局  
審查人員 \_\_\_\_\_ 單位主管 \_\_\_\_\_