

臺北市衛生局預防接種合約協辦醫療院所
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 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)： 地 址：_____縣市_____鄉鎮市區 接種人員姓名： 連絡電話：		6. 就診醫院名稱 (或院所十碼代碼)： 地 址：_____縣市_____鄉鎮市區 主治醫師姓名： 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) <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)	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： 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)： 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					

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

* 本通報單填寫說明，可參考全國藥物不良反應通報系統(<https://adr.fda.gov.tw/>)下載專區/通報填寫須知/「上市後疫苗不良事件通報表填寫指引」