請務必填寫完整資料

速克伏保險理賠申請表

接獲不良反應通報之日期（First Contact Date- D0）：____年____月___日

A. 通報者 (Reporter)

1. 名字(Name)：
2. 電話(Tel)：
3. 通報單位(Hospital/unit)：
4. 職業 如醫師、藥師、消費者 等 (Occupation):

B. 病患資料（Patient ）

1. 姓名縮寫（Initial）：
2. 出生年月日（Date of Birth）：_____ 年_____ 月_____ 日
3. 年齡 (Age):
4. 性別（Gender）：□男（M） □女（F）
5. 處方醫師姓名： □不願透露

（Name of Treating Physician if Permission） （Reject to Disclose）

C.藥品 (Product)

i. 可疑藥品 (Suspect drug)

1. 學名/商品名（Suspected Product/Generic name）：
2. 用藥原因(Indication for use):
3. 劑量 (Dose):
4. 使用途徑(ROUTE(S) OF ADMINISTRATION):
5. 治療日期 (Therapy dates (From/To)):
6. 產品批號（Batch Number）：

i. 併用產品（學名/商品名、含量/劑型、給藥途徑、劑量/頻率、起迄日期、用藥原因、廠牌/批號、效期）concomitant drug:

併用藥物 1:

併用藥物 2:

(如有更多併用藥物,請自行增加)

C. 不良事件（Adverse Event）

1.開始用藥日期（Start Date of the Drug）：____年____月____日

2.不良事件發生日期（Date ADR Occurred）：____年____月____日

速克伏保險理賠申請表

3. 不良事件簡述（Event Description）：_____

_____

_____

_____

D. 不良事件結果 (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. 其他嚴重不良反應(具重要臨床意義之事件)

☐G. 非嚴重不良事件（非上述選項者）

☐F. 其他：

☐醫療錯誤

因為產品技術或是品質瑕疵而造成不良事件

☐服用公司產品的所有懷孕或是授乳婦女

☐藥物交互作用

☐產品缺乏療效

☐未預期的療效

☐誤用/過量/醫療錯誤/濫用: _____

☐使用在未核准的適應症

☐任何疑似因為藥品而導致的感染

☐職業暴露

E. 處理方法（Treatment/Intervention）

1. 停藥日期（Stop Date of the Drug）：_____

2. 治療及處理（Treatment and Management）：_____

速克伏保險理賠申請表

_____

3. 經處理後，病患：_____已恢復（Recovery）_____慢性（Chronic）（Outcome）
4. 其他（Others）：_____

F. 其他重要資料（Other Pertinent Information）

1. 醫師覺得此不良事件與上述產品有關嗎？（Is the event related to suspected product）

沒有（No）_____;

有（Yes）_____請詳述關聯性的理由_____

_____

_____

_____

_____

_____

(申請保險理賠務必提供此資料;詳細病歷資料請備妥待詢)

2. 其他疾患（Concurrent disease）

_____

_____

_____

G. 填表人（Person Fill the Form）：

填表日期（Date）：

Please send this report to MI-Taiwan@sanofi.com