

## 縣(市)疫苗接種異常事件通報及調查表

發生時間： 年 月 日 時 分 接種地點： _____ 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

### 問題內容

<input type="checkbox"/> 疫苗種類錯誤 <input type="checkbox"/> 劑量錯誤 <input type="checkbox"/> 重複施打 <input type="checkbox"/> 提前接種 <input type="checkbox"/> 打錯人 <input type="checkbox"/> 其他 _____	原應接種疫苗名稱： _____，劑量 _____ 此次接種疫苗名稱： _____，劑量 _____ 廠牌 _____ 批號： _____ 效期： _____ 同時接種其他疫苗： <input type="checkbox"/> 是， _____ <input type="checkbox"/> 否
--	--

### 事件描述

事件原因與經過：

後續處理

(此欄位以下資料，請於調查後再填寫)

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；_____人 <input type="checkbox"/> 有；_____人，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：

異常接種個案基本資料

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：

疫苗名稱：\_\_\_\_\_，劑次\_\_\_\_\_，疫苗名稱：\_\_\_\_\_，劑次\_\_\_\_\_

疫苗名稱：\_\_\_\_\_，劑次\_\_\_\_\_，疫苗名稱：\_\_\_\_\_，劑次\_\_\_\_\_

(欄位不敷使用，請自行增列)