疫苗接種嚴重不良反應通報單

附件 4

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： □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）： 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：□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） □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）	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：□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