

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)： _____		6.就診醫院名稱 (或院所十碼代碼)： _____
地址：_____縣市_____鄉鎮市區		地址：_____縣市_____鄉鎮市區
接種人員姓名：_____		主治醫師姓名：_____
連絡電話：_____		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)		15.相關檢查及檢驗數據 (將結果與數據依日期填寫)
<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.導致病人住院或延長病人住院時間		
<input type="checkbox"/> E.其他嚴重不良反應(具重要臨床意義之事件)		
<input type="checkbox"/> F.非嚴重不良事件 (非上述選項者)		

