

藥品不良反應通報表 衛生福利部 通訊電話：(02)2396-0100 通訊傳真：(02)2358-4100 通訊地址：台北市 100 中正區 羅斯福路一段 32 號 2 樓 網址：https://adr.fda.gov.tw 通訊電子信箱：adr@tdrf.org.tw	1. 發生日期： 年 月 日	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. 通報者							
	姓名： 服務機構： 電話： 電子郵件信箱： 地址： 屬性： ☐ 醫療人員(職稱： ☐ 醫師 ☐ 藥師 ☐ 護理人員 ☐ 其他：) ☐ 廠商 ☐ 民眾							
原始藥物不良反應獲知來源： ☐ 由醫療人員轉知(職稱： ☐ 醫師 ☐ 藥師 ☐ 護理人員 ☐ 其他：) ☐ 由衛生單位得知(☐ 疾管署 ☐ 衛生局(所) ☐ 其他：) ☐ 廠商 ☐ 由民眾主動告知								
I. 病人基本資料								
5. 識別代號：	6 性別： ☐ 男 ☐ 女	8 體重： 公斤						
(原通報單位識別代號：)	7 出生日期： 年 月 日 或年齡： 歲	9 身高： 公分						
II. 不良反應相關資料								
10. 不良反應結果 ☐ 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）		12. 相關檢查及檢驗數據（請附日期） （例如：藥品血中濃度、肝/腎功能指數.....等）						
11. 通報案件之描述（請依案件發生前後時序填寫，應包括使用藥物治療之疾病/症狀、用藥後發生不良反應之時間及部位、症狀、嚴重程度及處置） 不良反應症狀： 不良反應描述： 文獻來源（若通報案例來源為文獻時請填寫）：		13. 其他相關資料（例如：診斷、過敏、懷孕、吸菸、喝酒、習慣、其他疾病、肝/腎功能不全...等）						
III. 併用的醫療器材								
14. 商品名								
15. 許可證字號								
16. 器材種類								
17 a. 製造廠		18. 型號 # 序號 # 批號 # 製造日期： 年 月 日 效期： 年 月 日						
17 b. 供應商								
19. 醫療器材操作者		20. 使用日期： 年 月 日						
☐ 醫療人員		21. 停用日期： 年 月 日						
☐ 病人或其家屬		22. 使用原因：						
☐ 其他								
23. 是否可提供器材作評估								
☐ 是 ☐ 否 ☐ 已於 年 月 日 退還給廠商								
IV. 用藥相關資料								
	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
24. 可疑藥品	#1 #2							
25. 是否同時使用 ☐ 西藥* ☐ 中草藥* ☐ 健康食品* ☐ 其他: *若有同時使用，請填入併用產品內。								
	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
26. 併用產品	#1 #2							
27. 曾使用同類藥品之經驗 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 無法得知 藥品： 不良反應：								
28. 停藥後不良反應是否減輕 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 無法得知								
29. 再投藥是否出現同樣反應 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 無法得知								