

疫苗不良事件通報表 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 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						
通報中心填寫 個案編號：		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. 不良事件相關資料								
13. 不良事件後果（單選，若多項符合請勾選最嚴重之後果） ☐ 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）			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（請依事件發生前後順序填寫，應包括不良事件發生之日期時間、部位、症狀、歷程、診斷結果、嚴重程度及處置） 不良事件症狀： 不良事件敘述： 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(含單位)	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(含單位)頻率	廠牌	批號	效期	