## 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. 通報者獲知日期日	月: 年	月	
<i>30</i> 0•	3. 通報	中心接獲通	通報日期:		年		月		日(由通報中心填寫	寫)		
	4. 填表	者										
姓名: 服務機構:												
	電話: 電子郵件信箱: 地址:											
	_	址· 始通報者屬	丛:									
		-		終師□◎	藥師□譜	理人	員□其他	:	) □廠商□ 民	眾		
5.接種單位					<u> </u>				(或院所十碼代碼)			
地 址	:	縣市_		郎鎮市	品		地	址:	縣市	鄉鎮市	DB.	
								主治醫師姓名:				
連絡電話: 連絡電話:												
I. 接種個案基本資料												
									日 或年齡:			
10. 身分證字	號或識別	列代號:		1.	1. 聯絡電	医話:		12.	居住地:	_縣市	鄉鎮市區	
							事件有關					
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) □A.死亡,日期: 年 月 日,死亡原因:												
A.死亡,  B.危及生		牛	月 日,	外亡 た	፣ 囚・		-					
□ <b>D</b> .尼及生 □ <b>C</b> .造成永												
□C.起从水												
□E.導致病	人住院或	延長病人住	主院時間									
□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	選項者)									
			不良事件發	生之日	期、部	位、近			4(包含過去疾病史	、過敏病史	、類似之不良事件	
狀、嚴重程	<b>度及處</b> 5	<u>:</u> ):					及其他	相關資訊	):			
不良事件症狀:												
相關診斷結	果:											
								賣處理情チョ				
							日別	<b>走 舍 已</b> 身	₹復:□是□否			
							1					
10 -1: 5 :					Ш	. 接和	<b>重疫苗資</b>	料				
18.可疑疫苗		拉廷认师	拉任口业	口 / n士 日日	1	14	4011	刻旦	ந்ர் பக்	批號	÷6 40	
疫苗名稱	劑次	接種途徑	接種日其				·種部位	劑量	<u></u> 廠牌	<b>北</b> 犹	效期	
			年	月	日時	Г						
			年	月	日時	Ē						
			年	月	日時	Ē.						
L 19.併用疫苗		_ {種前1個)	 月接種之疫	苗)及	. 藥品:				I	_1	l	
疫苗名稱(含劑次)		接種途徑/			2 · · ·	接利	重部位	劑量頻率		批號	效期	
/藥品名稱		給藥途徑	12.12.12	///		10 13	,	.,,//,		1		