

預防接種異常事件通報表

| 臺中市政府衛生局疾病管制科 | | |
|---|--|-------|
| 電話：(04) 25270780 傳真：(04)25267349 電子信箱：hbtc3551@taichung.gov.tw | | |
| 發生時間： 年 月 日 時 分 | 接種單位：_____ | |
| 接種地點：_____ | 接種人員：姓名_____職稱_____ | |
| 發生人員：姓名_____職稱_____ | 單位負責醫師：_____ | |
| 衛生所填報人員：所屬衛生所_____ | 衛生局審查通報人員：_____ | |
| 姓名_____職稱_____ | 姓名_____職稱_____ | |
| 獲知時間： 年 月 日 時 分 | 獲知時間： 年 月 日 時 分 | |
| 通報衛生局日期： 年 月 日 時 分 | 通報 CDC 日期： 年 月 日 時 分 | |
| 異常事件類別 | 發生經過及原因描述 | |
| <input type="checkbox"/> 拿錯疫苗 <input type="checkbox"/> 打錯人 <input type="checkbox"/> 重複施打 <input type="checkbox"/> 提前接種 <input type="checkbox"/> 接種間隔 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | |
| 問題內容 | | |
| 原應接種疫苗名稱：_____，劑次_____ 此次接種疫苗名稱：_____，廠牌_____ 批號：_____效期：_____ 同時接種其他疫苗： <input type="checkbox"/> 是，_____ <input type="checkbox"/> 否 | | |
| 後續處理 | | |
| 個案陪同家長 | 姓名：_____，與個案關係：_____ | |
| 家長是否已知悉發生異常事件 | <input type="checkbox"/> 是：訊息來源— <input type="checkbox"/> 接種單位 <input type="checkbox"/> 衛生所 獲知時間： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 家長反應 | | |
| 追蹤介入時間及處理情形 | 接種單位 | 衛生局/所 |
| | | |

