

藥物不良反應通報表 行政院衛生署 電話:(02) 2396-0100 傳真:(02) 2358-4100 台北郵政 84-664 號信箱 網址: http://adr.doh.gov.tw 電子信箱: adr@doh.gov.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: _____ 地址: _____ 電子郵件: _____ 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"/> 技術人員 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 廠商 報告類別: <input type="checkbox"/> 初始報告 <input type="checkbox"/> 民眾 <input type="checkbox"/> 追蹤報告, 第 _____ 次	
I. 病人基本資料		
5. 識別代號: (供通報者辨識用)	6. 性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	8. 體重: _____ 公斤
	7. 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 或年齡: _____	9. 身高: _____ 公分
II. 不良反應有關資料		
10. 不良反應結果 <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. 導致病人住院 <input type="checkbox"/> D. 造成永久性殘疾 <input type="checkbox"/> E. 延長病人住院時間 <input type="checkbox"/> F. 需作處置以防永久性傷害 <input type="checkbox"/> G. 先天性畸形 <input type="checkbox"/> H. 非嚴重不良反應(請敘述) _____	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. 通報事件之描述(請依事件發生前後順序填寫。應包括發生不良反應之部位、症狀、嚴重程度及處置)。 不良反應症狀: 不良反應描述:	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. 懷疑的醫療器材		
14. 商品名		
15. 許可證字號		
16. 器材種類		
17 a. 廠牌	18. 型號#	
17 b. 供應商	序號#	
	批號#	
	製造日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	
19. 醫療器材操作者	20. 使用日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	
<input type="checkbox"/> 醫療人員	21. 停用日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	
<input type="checkbox"/> 病人或其家屬	22. 使用原因:	
<input type="checkbox"/> 其他 _____		
23. 是否可提供器材作評估		
<input type="checkbox"/> 是 取得來源 _____		
<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 已於 _____ 年 _____ 月 _____ 日 退還給廠商		
IV 併用之醫療器材或藥品		
24. 併用之醫療器材	相關設定與使用環境說明	
#1		
#2		
25. 併用藥品	學名/商品名	含量/劑型
#1	給藥途徑	劑量/頻率
#2	起迄日期	臨床使用原因
26. 曾使用同類醫材之經驗 <input type="checkbox"/> 是 醫材: _____ 不良反應: _____ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 無法得知		
27. 停用後不良反應是否減輕 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 無法得知		
28. 再使用是否出現同樣反應 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 無法得知		
29. 是否同時使用 <input type="checkbox"/> 中草藥* <input type="checkbox"/> 西藥* <input type="checkbox"/> 健康食品 <input type="checkbox"/> 其他: _____ *若有同時使用, 請填入併用藥品內。		