

藥物不良反應通報表

行政院衛生福利部

電話：(02)2396-0100
 台北市 100 中正區愛國東路 22 號 10 樓
 網址：https://adr.fda.gov.tw
 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： <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"/> 其他：_____)	
<input type="checkbox"/> 廠商 <input type="checkbox"/> 民眾	
原始藥物不良反應獲知來源：	
<input type="checkbox"/> 由醫療人員轉知 (職稱： <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 其他：_____)	
<input type="checkbox"/> 由衛生單位得知 (<input type="checkbox"/> 疾管署 <input type="checkbox"/> 衛生局(所) <input type="checkbox"/> 其他：_____)	
<input type="checkbox"/> 廠商	
<input type="checkbox"/> 由民眾主動告知	

I. 病人基本資料

5. 識別代號：	6 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	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)
<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. 造成永久性殘疾	
<input type="checkbox"/> D. 胎兒先天性畸形	
<input type="checkbox"/> E. 導致病人住院或延長病人住院時間	
<input type="checkbox"/> F. 其他嚴重不良反應(具重要臨床意義之事件)	
<input type="checkbox"/> G. 非嚴重不良事件 (非上述選項者)	
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)	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)
不良反應症狀：	
不良反應描述：	
文獻來源 (若為文獻通報案例時請填寫)：	

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 #
17 b. 供應商	序號 #
	批號 #
	製造日期： 年 月 日
	效期： 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 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 西藥* <input type="checkbox"/> 中草藥* <input type="checkbox"/> 健康食品* <input type="checkbox"/> 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						
(西藥、中藥、健康食品)	#2						
27. 曾使用同類藥品之經驗 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 無法得知 藥品：_____ 不良反應：_____							
28. 停藥後不良反應是否減輕 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 無法得知							
29. 再投藥是否出現同樣反應 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 無法得知							

通報表必填欄位