

※民眾、消費通路、經銷商、消團團體專用。

1. 食用者/通報者基本資料(必填-資料保密)

通報日期		通報中心接獲日期 (由通報中心填寫)					
食用者姓名	身高/體重	公分/公斤	出生年	民國	年約	歲	性別
聯絡電話	聯絡住址						
藥物過敏史： <input type="checkbox"/> 是，藥品名_____							
<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 無法得知							
食物過敏史： <input type="checkbox"/> 是，說明：_____							
<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 無法得知							
疾病史： <input type="checkbox"/> 無							
<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 高血脂 <input type="checkbox"/> 高血糖							
<input type="checkbox"/> 其他，_____							
生活史： <input type="checkbox"/> 無							
<input type="checkbox"/> 吸菸 <input type="checkbox"/> 喝酒 <input type="checkbox"/> 檳榔							
<input type="checkbox"/> 其他，_____							

通報者姓名 (同食用者此項免填):

通報者電話	電子郵件信箱
-------	--------

是否需告知案件評估結果：

(說明：案件評估結果以公函方式回覆，須提供收件者姓名全名、通訊地址等個人資訊。)

否

是，○通報者 / ○食用者，聯絡住址：_____

2. 食用與否

食用

未食用*

*發現產品變質，建請檢具相關具體事證，逕向所在地衛生局通報，俾利第一時間予以有效處理。

了解，將逕向所在地衛生局通報

了解，但此次仍請代為通報(請逕填以下3-1~3-4，其餘免填)

3. 懷疑食品資料

3-1. 健康食品許可證字號	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 健康食品；衛__健食____字第_____號 <input type="checkbox"/> 特殊營養食品；核備字號：_____號 <input type="checkbox"/> 膠囊錠狀食品；核備字號：_____號 <input type="checkbox"/> 其他；核備字號：_____號
3-2. 產品名稱(中、英文)	(請提供產品各角度清晰照片) 產品名稱(中、英文)： 批號： 有效期限： 販賣商： 製造商：
3-3. 產品取得來源	<input type="checkbox"/> 親友贈送/購買 <input type="checkbox"/> 國外帶回 <input type="checkbox"/> 網路購物 <input type="checkbox"/> 廣播電台 <input type="checkbox"/> 電視購物 <input type="checkbox"/> 直銷 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 醫療院所 <input type="checkbox"/> 超商/賣場 <input type="checkbox"/> 藥局/藥粧店 <input type="checkbox"/> 臉書 <input type="checkbox"/> line <input type="checkbox"/> 其他，請說明_____

3-4.食用本產品之動機與目的	(例如營養補充、改善體質、減重、壯陽、提升免疫力、改善皮膚.....) _____
	<input type="checkbox"/> 無法得知
3-5.產品標示之建議食用量	_____日_____次；每次食用量：_____ <input type="checkbox"/> 無法得知
3-6.食用方式	<input type="checkbox"/> 無法得知 <input type="checkbox"/> 食用方式為_____日_____次；每次食用量：_____
3-7.食用日期~停止食用日期	_____年_____月_____日~_____年_____月_____日 (或說明發生不舒服前，產品已食用_____小時/日/週/月/年) <input type="checkbox"/> 無法得知

4.非預期反應通報資料

非預期事件的狀況	<input type="checkbox"/> 食用後，身體有不舒服 <input type="checkbox"/> 食用後，身體不舒服，而且因此就醫 <input type="checkbox"/> 食用後，身體沒有不舒服 <input type="checkbox"/> 疑似產品品質問題(可複選) <input type="checkbox"/> 變色 <input type="checkbox"/> 異味 <input type="checkbox"/> 結塊 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	說明產品品質問題之狀況： _____
健康食品未達宣稱保健功效	<input type="checkbox"/> 是(請簡述)_____
	<input type="checkbox"/> 否
購買日期	_____年_____月_____日 <input type="checkbox"/> 無法得知
食用日期	_____年_____月_____日 <input type="checkbox"/> 無法得知
發生非預期反應日期	<input type="checkbox"/> 不舒服發生的時間：_____年_____月_____日(或說明食用後_____小時/日/週發生) <input type="checkbox"/> 因為不舒服而就醫的時間：_____年_____月_____日 <input type="checkbox"/> 無法得知

簡述非預期反應

備註(範例)：

1.症狀：未發生非預期反應前，未改變作息、使用產品及飲食，食用後1天就皮膚癢疹。

2.嚴重度：全身都有疹子。

3.發生經過：3/20開始食用，3/21臉部開始有癢疹，.....一直到4/1疹子才消失。

4.症狀維持時間：12天。

5.停止食用後反應：沒有就醫，停用後比較好，約停用2天，症狀改善。

6.再次是否有相同食用反應：4/9再次食用，4/10又出現疹子，這次也沒有就醫，停用後疹子就開始變少，約停用2天，症狀改善。

1. 症狀： (請儘量提供症狀清晰照片、診斷證明照片等)	
2. 嚴重度： (請說明症狀發生的區域，例如四肢、全身)	

<p>3. 發生經過：</p> <p>(請說明：</p> <p>A. 發生非預期反應前的狀況，例如作息、使用產品、飲食，身體狀況有無改變。</p> <p>B. 食用時產品的狀況，例如產品有無異樣。</p> <p>C. 發生非預期反應的狀況，例如食用產品多久後發生症狀，發生症狀的部位等相關資料。</p> <p>D. 非預期反應發生後的處理，例如是否因此停用、就醫。)</p>	
<p>4. 症狀維持時間：</p> <p>(說明症狀發生到結束的時間)</p>	
<p>5. 停止食用產品後，此反應是否減輕？</p>	<p><input type="checkbox"/> 是， _____</p> <p><input type="checkbox"/> 否， _____</p> <p><input type="checkbox"/> 無法得知</p>
<p>6. 再次食用是否有相同反應？</p>	<p><input type="checkbox"/> 是，說明： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 無法得知</p>
<p>是否因非預期反應而就醫</p>	<p><input type="checkbox"/> 是， 就醫日期： _____，</p> <p> 醫療院所： _____，</p> <p> 診斷： _____，</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p>
<p>同時服用西藥</p>	<p><input type="checkbox"/> 是，藥品名 _____ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 無法得知</p> <p><input type="checkbox"/> 不知藥品名，但知道為了治療： _____；一天 _____ 次，每次用量： _____</p>
<p>同時服用中藥</p>	<p><input type="checkbox"/> 是，中草藥品名 _____ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 無法得知</p> <p><input type="checkbox"/> 不知藥品名，但知道為了治療： _____；一天 _____ 次，每次用量： _____</p>
<p>同時食用其他錠、膠劑型食品、食品、飲品</p>	<p><input type="checkbox"/> 是，產品名稱 _____ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 無法得知</p> <p><input type="checkbox"/> 不知產品名稱，但知道食用目的為 _____；一天 _____ 次，每次用量： _____</p>
<p>其他需說明之事項</p>	<p><input type="checkbox"/> 已與販賣商/經銷商/製造商連絡，請說明業者的回覆：</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> 已告知當地衛生主管機關，請說明：</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> 已告知其他管道，請說明：</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> 其他，請說明：</p> <p>_____</p>

以上資料敬請詳加填寫，聯絡資料部份務必填寫真實姓名、電話，若有需要，通報中心會與通報者或食用者聯絡，謝謝。

電話：(02)2321-0594

地址：台北市中正區仁愛路1段1號408室

網址：<https://qms.fda.gov.tw/tcbw/index.jsp>

電子信箱：tafspace@qms.gov.tw