

衛生福利部 藥品不良反應通報表

郵寄地址:100 台北市中正區愛國東路 22 號 10 樓

傳真: (02)2358-4100

通報網址: <http://adr.fda.gov.tw>

電子信箱: adr@tdrf.org.tw

個案編號 (由通報中心填寫):

- 綠底為必填欄位
- 請勿於通報案件之描述中填入病人身分證字號、地址、電話等得以直接或間接識別該個人之資料。

通報者資料	通報者姓名					
	電話			電子郵件信箱		
	通報人員身份	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 其他醫療人員 <input type="checkbox"/> 廠商 <input type="checkbox"/> 民眾* <input type="checkbox"/> 其他				
	服務機構名稱					
	服務機構地址					
	獲知藥品不良反應日期	年		月		日
	獲知藥品不良反應來源	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 其他醫療人員 <input type="checkbox"/> 廠商 <input type="checkbox"/> 民眾 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 文獻，文獻名稱:				

※註：若通報人員身分為民眾，則無須填寫服務機構名稱；服務機構地址請改為填寫聯絡地址。

病人資料	識別代號：					原通報單位識別代號：			
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	體重	(公斤)		身高	(公分)		
	出生日期(或年齡)		年		月		日(或		歲)

不良反應相關資料	不良反應發生日期	(請填寫年月日，如無請填寫未知)		
	不良反應嚴重性	<input type="checkbox"/> 死亡，日期: 年 月 日，死亡原因: _____ <input type="checkbox"/> 危及生命 <input type="checkbox"/> 造成永久性殘疾 <input type="checkbox"/> 胎兒先天性畸形 <input type="checkbox"/> 導致病人住院或延長病人住院時間 <input type="checkbox"/> 其他具重要臨床意義之情況 <input type="checkbox"/> 非嚴重		
	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。) 不良反應症狀: 不良反應描述:		
相關檢查及檢驗數據	(請附日期、單位和檢驗參考值(reference value))			

其他相關資訊	(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)
不良反應後續結果	<input type="checkbox"/> 已恢復/已解決 <input type="checkbox"/> 恢復中/解決中 <input type="checkbox"/> 尚未恢復/尚未解決/不良反應持續中 <input type="checkbox"/> 已恢復/解決但有後遺症 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 未知

用藥相關資料	1.	<input type="checkbox"/> 可疑藥品 <input type="checkbox"/> 交互作用藥品 <input type="checkbox"/> 併用產品 (西藥、中藥、健康食品)							
	許可證字號	商品名/ 學名	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
	處置情形	<input type="checkbox"/> 停藥 <input type="checkbox"/> 降低劑量 <input type="checkbox"/> 增加劑量 <input type="checkbox"/> 未改變劑量 <input type="checkbox"/> 未知 <input type="checkbox"/> 不適用 (當病人在尚未改變可疑藥品前已死亡或療程在發生不良反應前已完成)							
	再投藥是否出現同樣反應	<input type="checkbox"/> 有再投予且不良反應再發生 <input type="checkbox"/> 有再投予但不良反應未發生 <input type="checkbox"/> 有再投予但結果未知 <input type="checkbox"/> 沒有再投予/未知							
	2.	<input type="checkbox"/> 可疑藥品 <input type="checkbox"/> 交互作用藥品 <input type="checkbox"/> 併用產品 (西藥、中藥、健康食品)							
	許可證字號	商品名/ 學名	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
	處置情形	<input type="checkbox"/> 停藥 <input type="checkbox"/> 降低劑量 <input type="checkbox"/> 增加劑量 <input type="checkbox"/> 未改變劑量 <input type="checkbox"/> 未知 <input type="checkbox"/> 不適用 (當病人在尚未改變可疑藥品前已死亡或療程在發生不良反應前已完成)							
	再投藥是否出現同樣反應	<input type="checkbox"/> 有再投予且不良反應再發生 <input type="checkbox"/> 有再投予但不良反應未發生 <input type="checkbox"/> 有再投予但結果未知 <input type="checkbox"/> 沒有再投予/未知							
	3.	<input type="checkbox"/> 可疑藥品 <input type="checkbox"/> 交互作用藥品 <input type="checkbox"/> 併用產品 (西藥、中藥、健康食品)							
	許可證字號	商品名/ 學名	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
	處置情形	<input type="checkbox"/> 停藥 <input type="checkbox"/> 降低劑量 <input type="checkbox"/> 增加劑量 <input type="checkbox"/> 未改變劑量 <input type="checkbox"/> 未知 <input type="checkbox"/> 不適用 (當病人在尚未改變可疑藥品前已死亡或療程在發生不良反應前已完成)							
	再投藥是否出現同樣反應	<input type="checkbox"/> 有再投予且不良反應再發生 <input type="checkbox"/> 有再投予但不良反應未發生 <input type="checkbox"/> 有再投予但結果未知 <input type="checkbox"/> 沒有再投予/未知							

※註：請依病人用藥資料自行增減可疑藥品 / 交互作用藥品或併用產品之資料筆數