藥物不良反應通報表
行政院衛生福利部

電話：(02)2396-0100
傳真：(02)2358-4100
台北市 100 中正區羅斯福路一段 32 號 2 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：☐醫療人員 (職稱：☐醫師☐藥師☐護理人員☐ 其他：_____)
☐廠商　☐ 民眾

原始藥物不良反應獲知來源：
☐由醫療人員轉知 (職稱：☐醫師☐藥師☐護理人員☐ 其他：_____)
☐由衛生單位得知 (☐疾管局☐衛生局(所)☐其他：_____)
☐廠商
☐由民眾主動告知

I. 病人基本資料

5.識別代號：
(原通報單位識別代號：_____)

6 性別：☐男☐女

7 出生日期：　年　月　日 或年齡：_____ 歲

8 體重：_____ 公斤

9 身高：_____ 公分

II. 不良反應相關資料

10. 不良反應結果
☐A.死亡，日期：　年　月　日，死亡原因：_____
☐B.危及生命
☐C.造成永久性殘疾
☐D.胎兒先天性畸形
☐E.導致病人住院或延長病人住院時間
☐F. 其他嚴重不良反應(具重要臨床意義之事件)
☐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）

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）：

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）

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. 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

17 b. 供應商

18. 型號＃
序號＃
批號＃
製造日期：　年　月　日
效期：　年　月　日

19. 醫療器材操作者
☐ 醫療人員
☐ 病人或其家屬
☐ 其他

20. 使用日期：　年　月　日

21. 停用日期：　年　月　日

22. 使用原因：

23. 是否可提供器材作評估
☐ 是　☐ 否　☐ 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☐ 西藥*☐ 中草藥*☐ 健康食品* ☐ 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（西藥、中藥、健康食品）	#1								
	#2								

27. 曾使用同類藥品之經驗　☐是 ☐否 ☐無法得知　藥品：_____不良反應：_____

28. 停藥後不良反應是否減輕 ☐是 ☐否 ☐無法得知

29. 再投藥是否出現同樣反應 ☐是 ☐否 ☐無法得知

通報表必填欄位