

|  |  |                   |
|--|--|-------------------|
| <p><b>藥物不良反應通報表</b></p> <p><b>寶齡富錦生技股份有限公司</b></p> <p>地址:台北市南港區園區街3號16樓F棟<br/>電話:0800-878-988 0800-066-789<br/>傳真:(02)2655-8318<br/>聯絡電子信箱:PV@pbf.com.tw</p>   | 1. 發生日期: 年 月 日   | 2. 通報者獲知日期: 年 月 日 |
|  | 3. 寶齡富錦公司接獲通報日期: 年 月 日 (由寶齡富錦公司填寫)   |                   |
|  | 4. 通報者   |                   |
|  | 姓名: _____ 服務機構: _____<br>電話: _____ 電子郵件信箱: _____<br>地址: _____<br>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: _____)<br><input type="checkbox"/> 廠商 <input type="checkbox"/> 民眾 |                   |
| 原始藥物不良反應獲知來源: _____<br><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: _____)<br><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: _____)<br><input type="checkbox"/> 廠商<br><input type="checkbox"/> 由民眾主動告知 |  |                   |

**I. 病人基本資料**

|                     |   |                |
|---------------------|---|----------------|
| 5. 姓名或識別代號: _____   | 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, 供通報者辨識) | 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<br><input type="checkbox"/> A. 死亡, 日期: 年 月 日, 死亡原因: _____<br><input type="checkbox"/> B. 危及生命<br><input type="checkbox"/> C. 造成永久性殘疾<br><input type="checkbox"/> D. 胎兒先天性畸形<br><input type="checkbox"/> E. 導致病人住院或延長病人住院時間<br><input type="checkbox"/> F. 其他嚴重不良反應(具重要臨床意義之事件)<br><input type="checkbox"/> G. 非嚴重不良事件 (非上述選項者) | 12. 相關檢查及檢驗數據 (請附日期)<br>(例如: 藥品血中濃度、肝/腎功能指數.....等)  |
| 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)<br>不良反應症狀: _____<br>不良反應描述: _____<br>文獻來源 (若為文獻通報案例時請填寫): _____  | 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)   |
| <b>III. 不良反應及用藥處置</b>   |   |
| 14. 是否有醫療處置: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  |   |
| 15. 嚴重度: <input type="checkbox"/> 嚴重 <input type="checkbox"/> 非嚴重   |   |
| 16. 是否為預期不良反應: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 無法得知  |   |
| 17. 不良反應處置及結果:<br><input type="checkbox"/> 已康復或不良反應已消失<br><input type="checkbox"/> 已康復或不良反應消失後有後遺症<br><input type="checkbox"/> 康復中或不良反應有消失的跡象<br><input type="checkbox"/> 病患死亡 (是否有進行遺體解剖: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知)   | 18. 用藥處置:<br><input type="checkbox"/> 停用 PBF 藥品<br><input type="checkbox"/> 減低 PBF 藥品劑量<br><input type="checkbox"/> 無處置需要<br><input type="checkbox"/> 以其他藥物控制不良反應, 藥物: _____<br><input type="checkbox"/> 停用併用藥物, 藥物: _____<br><input type="checkbox"/> 以非藥物方式處置:<br><input type="checkbox"/> 無法得知 |

**IV. 用藥相關資料**

| 24. 可疑藥品   | 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 | 批號 | 效期 |
|--|--------|-------|------|-------|------|------|----|----|
|  |        |       |      |       |      |      |    |    |
| 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。 |        |       |      |       |      |      |    |    |
| 26. 併用產品<br><small>(西藥、中藥、健康食品)</small>  | 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 | 批號 | 效期 |
|  |        |       |      |       |      |      |    |    |
| 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 何時 (年月): _____ 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**