**公費疫苗毀損事件通報表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **南投縣政府衛生局** | | | | |
| 發生時間： 年 月 日 時 分  接種地點：  發生人員：姓名 職稱 | | | | 接種單位：  接種人員：姓名 職稱 |
| 衛生所填報人員：所屬衛生所  姓名 職稱  獲知時間： 年 月 日 時 分 | | | | 衛生局審查通報人員：  姓名 職稱  通報日期： 年 月 日 時 分 |
| **毀損疫苗種類** | | | | **發生經過及原因描述** |
| 1.名稱 |  | | | 原因：  (請務必填寫被接種人  姓名、ID、出生年月日)  經過：  請詳細描述事發經過 |
| 批號 | 批號-CDC | | |
| 有效期限 |  | | |
| 毀損數量 |  | 每劑單價 |  |
| 總金額 |  | 經費來源 | 中央3/4  本縣1/4 |
| 2. 名稱 |  | | |
| 批號 |  | | |
| 有效期限 |  | | |
| 毀損數量 |  | 每劑單價 |  |
| 總金額 |  | 經費來源 | 中央3/4  本縣1/4 |
| **檢討改善措施** | | | | |
| 詳細描述  1.檢討改善作為  2.檢討會議教育訓練  3.接種流程修訂  4.個案家屬告知及後續追蹤處理 | | | | |
| **衛生局審核結果** | | | | |
|  | | | | |

接種機構 填表人 (簽章) 接種機構 負責人 (簽章)

衛生所 填表人 (簽章) 衛生所 主 任 (簽章)

衛生局 審查人員 (簽章) 衛生局 單位主管 (簽章)

|  |
| --- |
|  |
| 照片說明： |
|  |
| 照片說明： |

附件照片