**不良反应信息收集单**

1. 受种者姓名 ： 2、性别**\***： （1：男 ；2：女） 3、出生日期**\***：
2. 联系电话**\***： 5、是否上报接种点**\***： （1：是；2：否） 6、受种者地址 ：

7、疫苗接种情况：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 产品名称**\*** | 规格 | 生产企业**\*** | 产品批号**\*** | 用法用量 | 接种日期**\*** | 接种单位 | 不良反应发生时间**\*** |
| 接种途径 | 接种剂量 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 是否同时接种其他疫苗： （1：是；2：否） 如为是，请填写“合并用药信息”：合并用药信息： |
| 产品名称**\*** | 规格 | 生产企业**\*** | 产品批号**\*** | 用法用量 | 接种日期**\*** | 接种单位 | 不良反应发生时间**\*** |
| 接种途径 | 接种剂量 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 不良反应过程描述及处理情况**\***：（需包含使用后发生的症状，是否有相关检查，是否用药治疗，处理情况等信息）描述可参照：于\*\*年\*\*月\*\*日接种一剂\*\*疫苗，接种后\*\*小时（天）后出现\*\*症状，出现症状后的处理可描述【如是否用药治疗（用药信息，用药后是否有效？）；或未干预自行好转；或住院治疗的情况等】，相关检查（如有），也请在此一并描述。 |
| 转归： （1：痊愈； 2：好转； 3其他： ） |
| 初始报告人姓名**\***： 职业： （1：医生；2：药师；3：护士；4：其他医务人员；5：消费者；6：其他人员）所在地区**\***： 电子邮箱：  |

**\***若为儿童接种，该次接种是第 针次 **\***温馨小提示：批号组成：年号+月份+（A or B or C）+流水号