異常蒐購含麻黃素製劑者之通報表(範本)

衛生局(處)窗口聯繫資訊		
姓名：	電話：	傳真：
地址：		
電子信箱：		
案件編號 **(衛生局(處)填寫欄位)**：		

一、通報案件資料

(一)事件發生日期（民國）：　　年　　月　　日	**(二)**通報日期（民國）：　　年　　月　　日

(三)通報者資訊 (將提供衛生局(處)必要時聯繫使用):

1、姓名：

2、事件發生機構(地點)名稱：

3、醫事機構代碼(無則免填)：

4、地址：

5、連絡電話：

6、電子郵件：

7、是否提供通報者資訊予衛生局(處)，以進行後續調查評估： □是 □否 *請簽名：_____

(四)蒐購者資訊

1、姓名：

2、電話：

3、其他(如影像、照片等)：

(五)事件佐證資料

1、蒐購含麻黃素製劑之藥品資訊：

藥品名	藥品許可證字號	藥品販售日期	販售數量(單位)

2、請描述事件發生情形(越詳細越好)：

3、其他相關佐證資料：