

**Restricted****限閱文件**

**REPORT TO DEPARTMENT OF HEALTH ON CHINESE MEDICINE-RELATED ADVERSE EVENT**  
**向衛生署呈報與中藥有關的不良反應事故**

**CENTRAL NOTIFICATION OFFICE, CENTRE FOR HEALTH PROTECTION 衛生防護中心中央呈報辦公室**  
Fax 傳真：2477 2770; Tel. 電話：2477 2772

**PARTICULARS OF AFFECTED PERSON 受影響人士的資料**

Name in English 英文姓名：	Name in Chinese 中文姓名：	Age／Sex 年齡／性別：	I.D. Card/Passport No. 身分證／護照號碼：
Address 地址：		Telephone Number 電話號碼：	
Place of Work/ School Attended 工作地點／就讀學校：		Telephone Number 電話號碼：	
Hospital(s) attended 就診醫院：		Hospital/A&E Number 醫院／急症室號碼：	

Chinese medicine-related Adverse Event suspected/confirmed on \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

在 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (日/月/年) 懷疑 / 證實與中藥有關的不良反應事故。

Please specify 請註明：\_\_\_\_\_

(Please attach supplementary form for reporting Chinese medicine-related adverse events)

(請夾附呈報與中藥有關的不良反應事故的補充表格)

Reported by

由 \_\_\_\_\_ 中醫師呈報  
(Full Name in BLOCK Letters 正楷全名) on \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Date 日期: 日/月/年)

Telephone number 電話號碼：\_\_\_\_\_

(Signature 簽署)

Remarks 備註：

## 呈報與中藥有關的不良反應事故的補充表格

發件人：\_\_\_\_\_ 電話號碼：\_\_\_\_\_

收件人：衛生署衛生防護中心中央呈報辦公室

傳真：2477 2770 (電話：2477 2772)

### 第 I 部分 病人臨牀記錄

所呈症狀及發病日期：
相關病歷：
相關用藥記錄：
已進行的檢驗項目及檢驗結果(請提供相關化驗結果副本)：
已給予的治療及現時情況：
跟進計劃：

## 第 II 部分

## 致害中藥的詳細資料

中藥的英文名稱：	中藥的中文名稱：
中藥的有效成分(如知道的話)：	
據稱用法：	有沒有人也曾使用這種中藥：有／沒有 如有，請提供姓名及電話號碼：
劑量、煎藥方法及持續用藥的時間(如有藥方及煎藥詳情，請連同本表格一併以傳真方式遞交)：	
有沒有向病人取得藥渣或未煎煮的藥材？有／沒有 (請注意，如有的話，衛生署會分析藥渣及未煎煮的藥材。)	
對中草藥進行的化驗測試(如有的話)及化驗結果(請提供相關化驗結果副本)：	
中藥是否由表列／註冊中醫開處？是／否 應診中醫的姓名及地址：	
藥材舖名稱(如非由應診中醫配發藥材)：	藥材舖地址：