|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者基本信息 | 姓名 | |  | | 性别 | | |  | |
| 出生日期/年龄 | |  | | 接种机构 | | |  | |
| 联系方式  （电话/邮箱） | |  | | 监护人（如有） | | |  | |
| 其他 | |  | | | | | | |
| 可疑疫苗接种情况  （按最可疑的疫苗顺序填写） | 冻干人用狂犬病疫苗（人二倍体细胞）□ （批号： 有效期： ）  ACYW135群脑膜炎球菌多糖疫苗 □ （批号： 有效期： ） | | | | | | | | |
| 接种日期 | 接种剂次 | | 接种剂量 | | 接种途径 | 接种部位 | | 备注 |
|  |  | |  | |  |  | |  |
| 是否有并用其他疫苗或药品 否□ 是□ | | | | | | | | |
| 合并用药情况描述（包括药品通用名称、生产企业、批号、用法用量、使用时间等） | | | | | | | | |
| 不良反应过程描述 | （患者接种疫苗的原因、接种机构、接种时间、接种用法用量、接种剂次、不良反应发生时间、不良反应症状及体征、临床检验结果、不良反应处理时间、不良反应处理措施、不良反应转归等） | | | | | | | | |
| 报告者信息 | 姓名 |  | | 职业 | |  | 联系方式  （电话或邮箱） | |  |