

高雄榮民總醫院（醫材）不良品通報處理記錄表

20060623 制訂

20130116 修訂

此區由通報單位填寫	用品名稱及規格		廠牌或型號	製造批號
	料號	數量	製造日期或效期	此事件之影響
				<input type="checkbox"/> 工作人員 <input type="checkbox"/> 病人
	發現者及身份	病歷號或服務單位	發現日期	填表日期

瑕疵情形：(請自行勾選缺失或另補充說明)

漏水 漏氣 破裂 無法排氣 折斷 變形 刻度標示不清 零件缺少 有雜物
 包裝不完整 滴液無法滴下 標示不清楚 控制夾鬆緊不合 過期
 其他(說明：_____)
 上述項目之部位：_____

對病人健康影響傷害程度：

1. 無傷害： 事件尚未發生 已發生在個案身上，但未造成任何傷害。
 2. 輕度傷害：事件雖然造成傷害，但不需或只需稍微處理。
 3. 中度傷害：需額外探視、評估、觀察或處置如抽血、包紮、縫合、止血治療。
 4. 重度傷害：除需額外探視、評估或觀察外，還需手術、住院或延長住院處理。
 5. 極重度傷害：造成病人永久性殘障或功能障礙。
 6. 死亡：造成病人死亡。

通報單位建議事項：

通報單位		聯絡電話		通報單位
承辦人簽章				主管簽章

填報流程：使用（通報）單位→補給室（簽收：_____）（收件編號：_____）

此區由補給室填寫	全院月用量		單價	
	廠商	製造廠	供應商	廠商電話
基本資料				

處理情形

<input type="checkbox"/> 補給室於_____年____月____日通知承商依約於_____日內更換合格品，並來文說明。 <input type="checkbox"/> 承商於_____月____日更換合格品。(數量：_____效期：_____批號：_____)	此事件是否有醫療器材不良反應通報(ADR) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
--	--

<input type="checkbox"/> 承商於____月____日全面換貨。(數量：____效期：____批號：____) <input type="checkbox"/> 承商於____年____月____日來文說明改善情形，如附件。 <input type="checkbox"/> 其他：	通報 日期	
--	----------	--

【此區由通報單位填寫】

補給 室簽 章	
---------------	--

處理後通報單位意見	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	更換品項之品質正常。(說明：____)

通報單位 承辦人簽章		通報單位 主管簽章	
---------------	--	--------------	--

處理流程：補給室→廠商→使用(通報)單位→補給室(留存或續辦)

備註：本表如不敷使用，請自行影印使用。