

預防接種前幼兒健康評估表

■ 基本資料

幼兒姓名：_____ 身分證字號：_____ 性別：男女
 出生日期：_____年_____月_____日 聯絡電話：(公/宅) _____
 (手機) _____
 電子郵件：_____ 體溫：_____°C

■ 擬接種疫苗種類

<input type="checkbox"/> 卡介苗	<input type="checkbox"/> B型肝炎疫苗	<input type="checkbox"/> 五合一疫苗(白喉破傷風非細胞性百日咳、b型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺)
<input type="checkbox"/> 日本腦炎	<input type="checkbox"/> 水痘疫苗	<input type="checkbox"/> 麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗
<input type="checkbox"/> 十三價結合型肺炎鏈球菌疫苗 (PCV13)		<input type="checkbox"/> 減量破傷風白喉非細胞性百日咳不活化小兒麻痺混合疫苗 (Tdap-IPV)
<input type="checkbox"/> 3歲以下幼兒(0.25ml)流感疫苗 曾經接種 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> A型肝炎疫苗	
<input type="checkbox"/> 3歲以上幼兒(0.5ml)流感疫苗 曾經接種 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 其他_____	

■ 接種劑次

單一劑； 第一劑 第二劑 第三劑 第四劑 ●大便篩檢:(出生滿1個月接種rHeB2時)
正常不正常不確定或不知道

■ 健康評估

	評估內容	評估結果	
		是	否
鄉鎮市區	1.以前預防接種後是否有嚴重特殊反應，如發高燒(40.5°C以上)、抽痙、昏迷、休克、哭鬧3小時以上...等。		
	2.是否曾對同一類疫苗或對疫苗的任何成分(如雞蛋、明膠及新黴素)有過敏反應。		
	3.目前是否有嚴重心臟、肝臟、腎臟...等病史。		
	4.接種活性減毒疫苗：本人或家屬是否有白血病、癌症、免疫缺失...等病史與家族遺傳疾病，或使用免疫抑制劑等。 ※ 30天內曾(或預定)施行腸道或肛門手術，應改接種注射式小兒麻痺疫苗。 ※ 本人如長期服用中藥，致無法評估，請轉介至兒科專科醫師評估後再接種	本人	
		家屬	
村里	5.一年內有否抽搐狀況。		
	6.最近三天內有無就醫、吃藥等情形，現在身體有無任何病徵，如發燒(38.5°C以上)、紅疹、皮疹、紫斑、嘔吐、呼吸困難...等或正服用水楊酸(阿斯匹靈)等藥物。		
	7. <input type="checkbox"/> 最近三個月曾否肌肉注射免疫球蛋白(免疫血清)。 <input type="checkbox"/> 最近六個月曾否輸過血或接受靜脈注射血液製品(Washed RBCs除外)。 <input type="checkbox"/> 最近十一個月內是否曾靜脈注射高劑量(≥ 1 g/kg)免疫球蛋白。 ※上列狀況如經評估為"是"者，應依其規範之間隔時間，再接種水痘疫苗或麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗。		

■ 備註

1. 嬰幼兒服用未經衛生署核准及醫師處方之八寶粉、驚風散、珍珠粉等含重金屬之藥物容易發生慢性鉛中毒導致腦症及死亡，故應告知家長勿服用。
2. 水痘疫苗接種後六星期內不可服用阿斯匹靈。
3. 以上評估結果請按各項疫苗之禁忌，決定是否給予接種。
4. 如無法判定，請協調家屬帶幼兒前往預注協辦醫院診所，請醫師檢查後再決定是否接種，如續由衛生所接種，請持醫師醫囑。
5. 接種疫苗前請詳細閱讀「兒童健康手冊」及相關衛教單張。
6. 本評估表紀錄後由各衛生所妥善保存六年。
7. 卡介苗接種前：確認是否有作SCID新生兒篩檢 附證明 未篩檢 其他_____

評估後是否接種：是_____否_____ 評估者：_____
 疫苗接種人員：_____ 家長簽名：_____
 電腦登錄人員：_____ 日期：_____年_____月_____日