

COVID-19 疫苗接種後健康回報問卷

姓名：_____ 病歷號：_____ 身分證字號：_____

疫苗接種日：_____年_____月_____日 疫苗廠牌：AstraZeneca 莫德納(Moderna) _____

第一劑 第二劑

填寫日期：_____年_____月_____日

※6 小時急性過敏反應

0 無症狀：(無需勾選下方題項)

1 輕度：任一輕度粘膜/血管性水腫、皮膚與胃腸道徵象

2 輕度：任一中度粘膜/血管性水腫、皮膚與胃腸道徵象

3 輕度：任一輕度心血管、神經學與呼吸系統症狀

4 中度：任一中度心血管、神經學與呼吸系統或嚴重粘膜/血管性水腫徵象

5 重度：任一重度心血管、神經學與呼吸系統徵象

1-5 請繼續勾選下方題項，評估嚴重程度

各系統症狀(symptom)與徵象(sign)嚴重程度分級【因為透析病人共病多，請與平日狀態做比較】

以 6 小時內最嚴重症狀與徵象作紀錄，須排除各種透析因素 (如：過度脫水 >1kg)

		輕度	中度	重度
心血管	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 頭暈、無力等症狀 (非透析相關)、低血壓：排除透析可能因素後，疫苗注射後較注射前收縮壓下降 > 20%	<input type="checkbox"/> 低血壓：排除透析可能因素後，疫苗注射後較注射前收縮壓下降 > 30%、暈厥	<input type="checkbox"/> 過敏性休克 (需使用靜脈升壓劑或 >5% 體重的輸液治療，非透析相關)、心臟驟停
神經學	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 意識混亂、嗜睡等症狀	<input type="checkbox"/> GCS 降低 1-2	<input type="checkbox"/> GCS 下降 >2，癲癇發作
呼吸系統	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 胸悶、喘、喉嚨緊縮、喘息 (wheezing) 等症狀	<input type="checkbox"/> 新發生的持續咳嗽、使用輔助肌的呼吸困難徵象、低氧血症 (無供氧 SpO ₂ ≤ 92%)、喘鳴(stridor)、喘息 (wheezing) 伴呼吸困難	<input type="checkbox"/> 喘鳴(stridor) 伴呼吸困難 (上氣道阻塞)，支氣管痙攣伴呼吸困難 (下氣道阻塞)，呼吸衰竭 (鼻管供氧無法改善，需要更高階的通氣支持)
粘膜 / 血管性水腫	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 眼鼻口唇喉黏膜徵象	<input type="checkbox"/> 嚴重的口腔內 (舌頭、軟齶和/或懸雍垂) 腫脹	<input type="checkbox"/> 嚴重的口腔內腫脹伴有口腔阻塞
皮膚	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 蕁麻疹或紅斑 (≥ 50% BSA)，搔癢需藥物治療	<input type="checkbox"/> 全身性蕁麻疹或紅斑 (≥ 50% BSA)	
胃腸道	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1-2 次嘔吐或腹瀉，噁心或腹痛致影響進食	<input type="checkbox"/> ≥ 3 次嘔吐或腹瀉	

其他：_____

※一周內局部與系統不良反應

填寫日期: _____年____月____日

以一周內最嚴重症狀(symptom)與徵象(sign)當日作紀錄, 每種紀錄分數 0-4, 據以下程度, 或有特殊說明於各分項

局部不良反應	紅	腫	痛感	壓痛	止痛退燒藥
	<input type="checkbox"/> 0. 無(<10 元)	<input type="checkbox"/> 0. 無(<10 元)	<input type="checkbox"/> 0. 無	<input type="checkbox"/> 0. 無	<input type="checkbox"/> 0. 無
	<input type="checkbox"/> 1. >10 元硬幣	<input type="checkbox"/> 1. >10 元硬幣	<input type="checkbox"/> 1. 可忍受	<input type="checkbox"/> 1. 注射部可忍受壓痛	<input type="checkbox"/> 1. 預防性給予
	<input type="checkbox"/> 2. >健保卡寬度	<input type="checkbox"/> 2. >健保卡寬度或影響注射部活動	<input type="checkbox"/> 2. 需要止痛藥(一天一次)或影響生活	<input type="checkbox"/> 2. 注射部活動會痛	<input type="checkbox"/> 2. 一天一次症狀治療
	<input type="checkbox"/> 3. >2 張健保卡寬度	<input type="checkbox"/> 3. >2 張健保卡寬度或影響日常生活	<input type="checkbox"/> 3. 需要止痛藥(大於一天一次)或影響正常工作作息	<input type="checkbox"/> 3. 注射部不動也會痛(動更痛)	<input type="checkbox"/> 3. 大於一天一次症狀治療
<input type="checkbox"/> 4. 化膿或緊急就醫治療	<input type="checkbox"/> 4. 化膿或緊急就醫治療	<input type="checkbox"/> 4. 緊急就醫治療	<input type="checkbox"/> 4. 緊急就醫治療	<input type="checkbox"/> 4. 針劑注射或緊急就醫治療	

系統性不良反應	發燒	頭痛感	肌肉或關節痛感	腹痛感	腹瀉	噁心或嘔吐	疲勞或不適感	全身性紅疹或蕁麻疹
	<input type="checkbox"/> 0. 無	<input type="checkbox"/> 0. 無	<input type="checkbox"/> 0. 無	<input type="checkbox"/> 0. 無	<input type="checkbox"/> 0. 無	<input type="checkbox"/> 0. 無	<input type="checkbox"/> 0. 無	<input type="checkbox"/> 0. 無
	<input type="checkbox"/> 1. >37.5 度或發熱感或畏寒	<input type="checkbox"/> 1. 可忍受	<input type="checkbox"/> 1. 可忍受	<input type="checkbox"/> 1. 可忍受	<input type="checkbox"/> 1. 一天 1-2 次	<input type="checkbox"/> 1. 一天 1-2 次	<input type="checkbox"/> 1. 可忍受	<input type="checkbox"/> 1. 可忍受
	<input type="checkbox"/> 2. >38 度	<input type="checkbox"/> 2. 需要止痛藥(一天一次)或影響生活	<input type="checkbox"/> 2. 需要止痛藥(一天一次)或影響生活	<input type="checkbox"/> 2. 需要止痛藥(一天一次)或影響生活	<input type="checkbox"/> 2. 一天 3-4 次或影響生活	<input type="checkbox"/> 2. 一天 3-4 次或影響生活	<input type="checkbox"/> 2. 影響生活	<input type="checkbox"/> 2. 需要藥物治療(一天一次)或影響生活
	<input type="checkbox"/> 3. >39 度	<input type="checkbox"/> 3. 需要止痛藥(大於一天一次)或影響正常工作	<input type="checkbox"/> 3. 需要止痛藥(大於一天一次)或影響正常工作	<input type="checkbox"/> 3. 需要止痛藥(大於一天一次)或影響正常工作	<input type="checkbox"/> 3. 一天 >4 次或影響正常工作	<input type="checkbox"/> 3. 一天 >4 次或影響正常工作	<input type="checkbox"/> 3. 影響正常工作	<input type="checkbox"/> 3. 需要藥物治療(大於一天一次)或影響正常工作
<input type="checkbox"/> 4. >40 度或緊急就醫治療	<input type="checkbox"/> 4. 緊急就醫治療	<input type="checkbox"/> 4. 緊急就醫治療	<input type="checkbox"/> 4. 緊急就醫治療	<input type="checkbox"/> 4. 緊急就醫治療	<input type="checkbox"/> 4. 緊急就醫治療	<input type="checkbox"/> 4. 緊急就醫治療	<input type="checkbox"/> 4. 面積 >50%BSA 或緊急就醫治療	

備註：影響正常工作（大於 4 小時）或正常作息（有一餐無法進食）

其他:
