

فرم چوب خط واکسیناسیون (tally sheet)

بسمه تعالی	
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	
دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی	
شهرستان: _____	نوع واحد: بیمارستان <input type="checkbox"/> خانه بهداشت <input type="checkbox"/> مرکز بهداشتی درمانی شهری <input type="checkbox"/>
کد فرم ۱۰۵	زایشگاه <input type="checkbox"/> پایگاه بهداشت <input type="checkbox"/> تیم سیار <input type="checkbox"/>
ماه _____ سال _____	

آمار ایمنسازی

۲ سال به بالا	یکساله ۱۲-۲۳ ماه	زیر یکسال	گروه سنی آنتی ژن
			MMR1
			MMR2
			هیپاتیت بدو تولد قبل از ۲۴ ساعت
			هیپاتیت بدو تولد بعد از ۲۴ ساعت
			فلج اطفال تزریقی
			منزیت

۲ سال به بالا	یکساله ۱۲-۲۳ ماه	زیر یکسال	گروه سنی آنتی ژن
			ب.ث.ژ
			فلج اطفال خوراکی ۰
			فلج اطفال خوراکی ۱
			فلج اطفال خوراکی ۲
			فلج اطفال خوراکی ۳
			یادآور فلج اطفال ۱
			یادآور فلج اطفال ۲
			پنج گانه ۱
			پنج گانه ۲
			پنج گانه ۳
			یادآور سه گانه ۱
			یادآور سه گانه ۲
			توام خردسال ۱
			توام خردسال ۲
			توام خردسال ۳
			یادآور توام خردسال ۱
			یادآور توام خردسال ۲

آمار واکسیناسیون کزاز یا توام بزرگسالان

سایر گروههای جنسی و سنی	دانش آموزان	زنان باردار	زنان غیرباردار (۱۵-۴۹)	جنس و سن
				کزاز یا توام ۱
				کزاز یا توام ۲
				کزاز یا توام ۳
				کزاز یا توام ۴
				یادآور هر ۱۰ سال یکبار

نام و امضاء مسئول واحد	نام و امضاء تکمیل کننده	تاریخ تکمیل فرم
------------------------	-------------------------	-----------------