

فرم شماره ۲ گزارش AEFI: فرم انفرادی گزارش دهی پیامدهای نا مطلوب ایمن سازی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تبریز

مرکز بهداشت شهرستان

۱- نوع واحد گزارش دهنده: خانه بهداشت تیم سیاری مرکز بهداشتی و درمانی شهری مرکز بهداشتی و درمانی روستایی
 زایشگاه پایگاه بهداشتی بیمارستان بخش خصوصی

۲- نام محل واکسیناسیون: شهرستان: شهر: روستا:

۳- مشخصات فردی: نام و نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: روز: ماه: سال: سن حاملگی: ماه / هفته: وزن زمان تولد: گرم: جنس: مونث مذکر آدرس: شماره تلفن بیمار:

۴- مشخصات واکسن:

نوع واکسن	تاریخ واکسیناسیون	شماره سریال واکسن	کارخانه سازنده	تاریخ انقضاء
ب ن ژ (BCG)				
پولیو دو ظرفیتی				
تلات				
توام بزرگسال				
ام ام آر (MMR)				
هیپاتیت ب				
پنتا والان				
پولیو تزریقی				

۵- عوارض مشاهده شده:

الف: این قسمت توسط کارمند بهداشتی تکمیل گردد	این قسمت توسط پزشک تکمیل گردد	
علامتی	علامت بزئید	تاریخ بروز
آبسه در محل تزریق		
لنفادنیت		
عارضه موضعی شدید فلج (طی ۳۰ روز بعد از واکسیناسیون)		
تشنج		
تب بالا		
کاهش سطح هوشیاری		
حساسیت پوستی		
جیغ زدن مداوم با بی قراری		
شوکه		
اسهال شدید آبکی		
درد مفاصل		
استفراغ مکرر		
تنگی نفس		
سایر موارد		

۶- این عارضه منجر به بستری در بیمارستان شده است؟ بلی خیر

۷- عاقبت بیمار: بهبود تحت درمان عارضه ماندگار فوت نامعلوم

۸- مشخصات گزارشگر: نام و نام خانوادگی: سمت: تلفن: امضاء:

۹- تاریخ گزارش: / / ۱۰- بخش پیکیری: تاریخ دریافت گزارش در مرکز بهداشت مسئول واحد گزارش دهنده: / /

نیاز به بررسی دارد؟ بلی خیر تاریخ انجام بررسی: / /