****

**بسمه تعالی**

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی،درمانی تهران

مرکز بهداشت جنوب تهران

**فرم در خواست واکسن مرکز بهداشتی /پایگاه بهداشتی /پایگاه مشارکتی ماه سال**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | **نوع واکسن** | مقدار واکسن باقیمانده در اول ماه قبل | مقدارتحویلی در همان ماه | مقدار واکسن مصرفیA | مقدار واکسن موجودی در پایان ماه | تعدادکودکان واکسینه شده از اول تا پایان ماهB | درصد پرت واکسن | مقدار واکسن در خواستی در ماه جدید | شماره سریال واکسن تحویلی | ملاحظات |
| **1** | **پنتا والان** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **ثلاث** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | **قطره پولیو(OPV)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | **پولیو تزریقی (IPV)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | **MMR** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** | **هپاتیتB** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** | **توام بزرگسال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | **توام خردسال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** | **ب ث ژ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** | **تست توبرکولین** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** | **مننژیت** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**توضیحات**

**-فرم فوق بایستی در پایان هر ماه در دو نسخه تکمیل ودر هنگام جلسه ماهیانه واحد بیماریها یک نسخه آن تحویل واحد زنجیره سرما ونسخه دوم در مرکز بایگانی شود.**

**2-فرم فوق فقط جهت در خواست واکسن ماهیانه است واطلاعات خواسته شده می بایستیدر دوره زمانی اول تا پایان هر ماه محاسبه وثبت شود**

**X100تعدادکودکان واکسینه شده درماه قبل B - مقداردوزواکسن مصرفی ماه قبلA=درصد پرت واکسن**

 **مقداردوزواکسن مصرفی درماه قبلA**

**نام وامضای مسئول واکسیناسیون نام وامضای مسئول مرکز/پایگاه**

 **تاریخ تاریخ**