فرم شماره 2 گزارش AEFI :فرم انفرادی گزارش دهی پیامدهای نامطلوب ایمن سازی  
 دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .............. مرکز بهداشت شهرستان .............................

1. نوع واحد گزارش دهنده : خانه بهداشت 🞎 مرکز بهداشتی و درمانی روستایی 🞎 زایشگاه 🞎 مرکز بهداشتی ودرمانی شهر 🞎 🟑پایگاه بهداشتی /مشارکتی 🞎

بخش خصوصی 🞎 بیمارستان 🞎 تیم سیار 🞎

1. نام محل واکسیناسیون : .................... شهرستان :....تهران.......... شهر ………………روستا ..............
2. مشخصات فردی : نام و نام خانوادگی :........... نام پدر :…......... تاریخ تولد : روز ماه سال ملیت :  
   سن حاملگی:........ماه/ هفته وزن زمان تولد : ........ جنس :مونث 🞎 مذکر 🞎   
   آدرس و تلفن :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع واکسن | تاریخ واکسیناسیون | شماره سریال | کارخانه سازنده | تاریخ انقضاء |
| ب.ث.ز(BCG) |  |  |  |  |
| فلج اطفال |  |  |  |  |
| پنتاوالان |  |  |  |  |
| دوگانه بزرگسال |  |  |  |  |
| ام ام آر (MMR) |  |  |  |  |
| سه گانه |  |  |  |  |
| سایر |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| الف: این قسمت توسط کارمند بهداشتی تکمیل گردد | | | ب: این قسمت توسط پزشک تکمیل گردد |
| علامتی | علامت پزشک | تاریخ بروز | سندرمیک ( علتی ) چنانچه مجموعه چند علائم از قسمت الف ( علامتی ) پزشک را به تشخیص یک سندرم می رساند ، این قسمت تکمیل گردد |
| آبسه در محل تزریق |  |  | 🞎 سندرم شوک توکسیک 🞎 انسفالوپاتی 🞎 انسفالیت 🞎 سایر موارد ( توضیح دهید) |
| لنفادنیت |  |  |
| عارضه موضعی شدید |  |  |
| فلج (طی 30روز بعد از واکسیناسیون ) |  |  |
| تشنج |  |  |
| تب بالا |  |  |
| کاهش سطح هوشیاری |  |  |
| حساسیت پوستی |  |  |
| جیغ زدن مداوم با بی قراری |  |  |
| شوک |  |  |
| اسهال شدید آبکی |  |  |
| درد مفاصل |  |  |
| استفراغ مکرر |  |  |
| تنگی نفس |  |  |
| سایر موارد |  |  |

1. مشخصات واکسن :  
   5- عوارض مشاهده شده:

|  |  |
| --- | --- |
| 6-آیا عارضه منجر به بستری بیمار در بیمارستان شده است ؟ بلی 🞎 خیر🞎 | |
| 7- عاقبت بیماری : بهبود 🞎 تحت درمان 🞎 عارضه ماندگار 🞎 فوت 🞎 نامعلوم 🞎 | |
| 8- مشخصات گزارشگر: نام ونام خانوادگی : سمت: تلفن : | |
| 9- تاریخ گزارش : ................. 10- بخش پیگیری : .................... تاریخ دریافت گزارش در مرکز بهداشت مسئول واحد گزارش دهنده : ........./......../........ | |
| 10- نیاز به بررسی دارد : بلی 🞎 خیر 🞎 تاریخ انجام بررسی : ......./......./...... | امضاء: |
|  |