

2	1
<b>مشخصات مکان تلقیح واکسن</b> نام مکان تلقیح واکسن: نام واکسیناتور: آدرس: تلفن:	دانشکده/دانشگاه: تاریخ تکمیل فرم: شماره تلفن: آدرس: شهرستان: نام پزشک بررسی کننده: شماره نمابر:
<b>3- مشخصات بیمار:</b> نام و نام خانوادگی: سن حاملگی: ..... ماه/هفته نام پدر: وزن زمان تولد: ..... گرم تاریخ تولد: روز ..... ماه ..... سال ..... جنس: <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/> ملیت: آدرس: تلفن:	
<b>4- مشخصات عارضه:</b> شرح علائم، نشانه ها و طول مدت هر یک از عوارض ناشی از واکسن:	
تاریخ انجام واکسیناسیون: ساعت تاریخ شروع عارضه: ساعت فاصله زمانی بین انجام واکسیناسیون و شروع عارضه: ساعت اقدامات انجام شده جهت رفع عارضه: 5- آیا عارضه منجر به بستری شدن بیمار در بیمارستان شده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی اگر بلی: نام بیمارستان: تاریخ بستری: 6- پیامد عارضه: <input type="checkbox"/> بیمار فوت کرده است (تاریخ فوت: ) <input type="checkbox"/> عارضه ماندگار <input type="checkbox"/> بهبود <input type="checkbox"/> تحت درمان <input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> سایر موارد توضیحات:	
<b>7- آیا سابقه قبلی عارضه ناشی از واکسن در بیمار یا بستگان نزدیک او وجود دارد؟</b> اگر بلی: نوع عارضه      سن بروز عارضه      نوع واکسن      شماره نوبت واکسن      نسبت با بیمار بیمار بستگان	
<b>8- مشخصات واکسن یا واکسن هایی را که در روز انجام واکسیناسیون دریافت نموده است به شرح زیر ذکر نمایید:</b> نوع واکسن      کارخانه سازنده      شماره سریال      تاریخ انقضاء      روش و محل تلقیح      تعداد دوزهای مصرفی قبلی واکسن	
1- 2- 3- 4-	
<b>9- اگر واکسن یا واکسن هایی در طی چهار هفته قبل دریافت نموده است، در این قسمت ذکر نمایید:</b> نوع واکسن      کارخانه سازنده      شماره سریال      تاریخ انقضاء      روش و محل تلقیح      تعداد دوزهای مصرفی قبلی      تاریخ دریافت	
1- 2- 3-	

10- نحوه نگهداری و تزریق واکسن:

\* زنجیره سرد واکسیناسیون:

1- حمل و نقل واکسن:  مطلوب  نامطلوب

2- نگهداری واکسن:  مطلوب  نامطلوب

\* رعایت استریلیزاسیون در حین تزریق:  مطلوب  نامطلوب

\* حلال مناسب:  بلی  خیر

\* میزان دوز تزریق شده:  مطلوب  نامطلوب

11- آیا گزارش مشابهی از عارضه فوق با دریافت واکسن از همان ویال در آن شهرستان بوجود آمده است ؟

خیر  بلی  توضیح:

12- آیا گزارشی مشابه با عارضه فوق بدون دریافت واکسن در آن شهرستان گزارش شده است ؟

خیر  بلی  توضیح:

13- طبقه بندی :

پس از بررسیهای انجام یافته، عارضه واکسن را مربوط به کدامیک از موارد زیر می دانید؟

(A) اشتباه در برنامه واکسیناسیون ( Programme Error ) :

1-  تزریق غیر استریل

2-  آماده سازی غیر صحیح واکسن

3-  تکنیک / محل تزریق

4-  نگهداری واکسن

5-  حمل و نقل واکسن

6-  سایر موارد توضیح:

(B) واکنش مربوط به خود واکسن:

1-  واکنش شناخته شده در حد انتظار واکسن

2-  سایر موارد

(C) عارضه به دلیل وجود یک عامل مستعد کننده، همزمان با واکسیناسیون بوجود آمده:

1-  ناشی از داروهای همزمان استفاده شده توضیح:

2-  ناشی از سایر واکنشهای تزریق شده در همان روز توضیح:

3-  ناشی از سایر واکنشهای تزریق شده در فاصله چهار هفته توضیح:

4-  ناشی از بیماری دیگری در فرد بود توضیح:

5-  سایر موارد توضیح:

(D) عارضه به دلیل واکنش تزریقات بوجود آمده است

(E) ناشناخته

14- تشخیص نهایی بیماری توسط پزشک بررسی کننده :

15- نظریه نهایی کمیته شهرستانی AEFI :

16- نظریه نهایی کمیته دانشگاهی AEFI :