**فرم شماره 2- گزارش AEFI:** فرم انفرادي گزارش دهي عوارض ناشي از واكسيناسيون

1. **نوع واحد گزارش دهنده:**

خانه بهداشت مركز شهري مركز روستايي زايشگاه پايگاه بهداشتي بخش خصوصي تيم سيار بيمارستان

1. **نام محل واكسيناسيون:** شهرستان ایلام شهر:
2. **نام ونام خانوادگي کدملی:** نام پدر: مليت: تاريخ تولد: سن حاملگي: .... . هفته وزن زمان تولد:...... .........گرم - آدرس: شماره تلفن :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع واكسن | تاريخ واكسيناسيون | شماره سريال | كارخانه سازنده | تاريخ انقضاء |
| ب ث ژ(BCG) |  |  |  |  |
| فلج اطفال |  |  |  |  |
| پنتاوالان |  |  |  |  |
| توام بزرگ سالان |  |  |  |  |
| ام ام آر(MMR ) |  |  |  |  |
| هپاتيت B |  |  |  |  |
| فلج تزریقی |  |  |  |  |

1. **عوارض مشاهده شده**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| علامتي | علامت بزنيد | تاريخ بروز | **سنروميك (علتي):** چنانچه مجموعه چند علائم از قسمت الف (علامتي) پزشك را به تشخيص يك سندروم مي رساند ، اين قسمت تكميل گردد. |
| آبسه در محل تزريق |  |  | سندروم شوك توكسيك  آنسفالوپاتي  آنسفاليت  ساير موارد (توضيح دهيد) |
| لنفادنيت |  |  |
| عارضه موضعي شديد |  |  |
| فلج(طي30روز بعد از واكسيناسيون) |  |  |
| تشنج |  |  |
| تب بالا |  |  |
| كاهش سطح هوشياري |  |  |
| حساسيت پوستي |  |  |
| جيغ زدن مداوم با بي قراري |  |  |
| شوك |  |  |
| اسهال شديد آبكي |  |  |
| درد مفاصل |  |  |
| استفراغ مكرر |  |  |
| تنگي نفس |  |  |
| ساير موارد |  |  |

1. **ايا عارضه منجر به بستري بيمار در بيمارستان شده است؟** ( بلي خير)
2. **عاقبت بيمار**: ( بهبود تحت در مان عارضه ماندگار فوت نامعلوم)
3. **مشخصات گزارشگر**: نام ونام خانوادگي: سمت: تلفن:
4. **تاريخ گزارش** امضاء:
5. **بخش پيگيري:** تاريخ دريافت گزارش در مركز بهداشت مسئول واحد گزارش دهنده :

نياز به بررسي دارد: بلي خير تاريخ انجام بررسي:

**فرم شماره** **3 فرم بررسي عوارض ناشي از واكسيناسيون**

|  |  |
| --- | --- |
| تاريخ تكميل فرم: نام پزشك بررسي كننده:  شماره تلفن: شماره نمابر:  آدرس: | نام مكان تلقيح واكسن :  نام واكسيناتور:  تلفن: |
| 3-**مشخصات بيمار :**  نام ونام خانوادگي: کدملی: نام پدر: تاريخ تولد: سن حاملگي:. .ماه/هفته وزن زمان تولد: گرم - مليت:  آدرس: تلفن: | |
| 4-**مشخصات عارضه:**  شرح علايم ، نشانه ها وطول مدت هر يك از عوارض ناشي از واكسن:    تاريخ انجام واكسيناسيون : ساعت روز ماه سال  تاريخ شروع عارضه: ساعت روز ماه سال  فاصله زماني بين انجام واكسيناسيون وشروع عارضه :  **5-ايا عارضه منجر به بستري شدن بيمار در بيمارستان شده است ؟** ( **خير بلي)** اگر بلي : نام بيمارستان:  تاريخ بستري:  **6- پيامد عارضه :**  بيمار فوت كردهاست(تاريخ فوت...../...../.....)  عارضه ماندگار  بهبود  تحت درمان  نامعلوم  ساير موارد توضيحات: | |
| **7- ايا سابقه قبلي عارضه ناشي از واكسن دربيمار يا بستگان نزديك اووجود دارد ؟خیر**  اگر بلي: نوع عارضه سن بروزعارضه نوع واكسن شماره نوبت واكسن نسبت بيمار  بيمار  بستگان | |
| 8**- مشخصات واكسن يا واكسن هايي را كه درروز انجام واكسيناسيون دريافت نموده است به شرح زير ذكر نمائيد:**  نوع واكسن كارخانه سازنده شماره سريال تاريخ انقضاء روش ومحل تلقيح تعداد دوزهاي مصرفي قبلي واكسن    **9- اگر واكسن يا واكسن هايي در روز انجام واكسيناسيون درطي چهار هفته قبل دريافت نموده است، دراين قسمت ذكر نمائيد:خیر**  نوع واكسن كارخانه سازنده شماره سريال تاريخ انقضاء روش ومحل تلقيح تعداد دوزهاي مصرفي قبلي تاريخ دريافت  10: **نحوه نگهداري وتزريق واكسن:**  \*زنجيره سرد واكسيناسيون:  1- حمل ونقل واكسن: مطلوب نامطلوب  2-نگهداري واكسن : مطلوب نامطلوب  \*رعايت استريليزاسيون درحين تزريق: لوب نامطلوب  \*حلال مناسب: بلي خير  \*ميزان دوز تزريق شده: مطلوب نامطلوب | |

1. ايا گزارش مشابهي از عارضه فوق با دريافت واكسن از همان ويال در آن شهرستان بوجود آمده است؟

خير بلي توضيح:

1. ايا گزارش مشابهي با عارضه فوق بدون دريافت واكسن در ان شهرستان گزارش شده است؟

خير بلي توضيح

|  |
| --- |
| 1. طبقه بندي:   پس از بررسي هاي انجام يافته ، عارضه واكسن را مربوط به كداميك از موارد زير مي دانيد؟  A : **اشتباه در برنامه واكسيناسيون (Programme Eror )**   1. تزريق غير استريل 2. اماده سازي غير صحيح واكسن 3. تكنيك/محل تزريق 4. نگهداري واكسن 5. حمل ونقل واكسن 6. ساير موارد  توضيح:   **B : واكنش مربوط به خود واكسن:**   1. واكنش شناخته شده در حد انتظار واكسن 2. ساير موارد   **C ) عارضه به دليل وجود يك عامل مستعد كننده ، همزمان با واكسيناسيون بوجود آمده:**   1. ناشي از داروهاي همزمان استفاده شده توضيح: 2. ناشي از ساير واكسنهاي تزريق شده در همان روز توضيح: 3. ناشي از واكسنهاي تزريق شده در فاصله چهار هفته توضيح: 4. ناشي از بيماري ديگري كه در فرد بوده توضيح: 5. ساير موارد توضيح: دلیل نامشخص   **D ) عارضه به دليل واكنش تزريقات بوجود امده است**  **E ) ناشناخته** |
| 1. تشخيص نهايي بيماري توسط پزشك بررسي كننده: 2. نظر يه نهايي كميته شهرستاني AEFI : 3. نظريه نهايي كميته دانشگاهي AEFI : |