**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 بيماربيماربستگان |
| 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 دريافت10: **نحوه نگهداري وتزريق واكسن:**\*زنجيره سرد واكسيناسيون: 1- حمل ونقل واكسن: مطلوب نامطلوب2-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 :
 |