

فرم شماره سه : فرم بررسی عوارض ناشی از واکسیناسیون
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - معاونت سلامت
مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

<p>۲ مشخصات مکان تلقیح واکسن نام مکان تلقیح واکسن: نام واکسیناتور: تلفن: آدرس:</p>	<p>۱ دانشگاه: تاریخ تکمیل فرم: شماره تلفن: آدرس: شماره نمابر:</p>
<p>۳- مشخصات بیمار: نام و نام خانوادگی بیمار: نام پدر: تاریخ تولد: سن حاملگی: ماه/هفته وزن زمان تولد: گرم جنس: مونث <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> ملیت: آدرس: شماره تلفن: کد ملی:</p>	
<p>۴- مشخصات عارضه: شرح علائم، نشانه ها و طول مدت هر یک از عوارض ناشی از واکسن:</p>	
<p>تاریخ انجام واکسیناسیون: ساعت: روز: ماه: سال: تاریخ شروع عارضه: ساعت: روز: ماه: سال: فاصله زمانی بین انجام واکسیناسیون و شروع عارضه: ساعت: روز: ماه: سال: اقدامات انجام شده جهت رفع عارضه: *کد ۱: <input type="checkbox"/> **کد ۲: <input type="checkbox"/> ***کد ۳: <input type="checkbox"/> ۵- آیا عارضه منجر به بستری شدن بیماری در بیمارستان شده است؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> اگر بلی: نام بیمارستان: تاریخ بستری: تاریخ ترخیص: ۶- 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"/> نام معلوم <input type="checkbox"/> سایر موارد توضیحات:</p>	

۷- آیا سابقه قبلی عارضه ناشی از واکسن در بیمار یا بستگان نزدیک او وجود دارد؟
 اگر بلی: نوع عارضه: سن بروز عارضه: نوع واکسن: شماره نوبت واکسن:
 نسبت یا بیمار: بیمار: بستگان:

۸- مشخصات واکسن با واکسن هایی را که در روز انجام واکسیناسیون دریافت نموده است به شرح ذیل ذکر نمائید؟

نوع واکسن	کارخانه سازنده	شماره سریال	تاریخ انقضاء	روش و محل تلقیح	تعداد دوز های مصرفی قبلی واکسن

۹- اگر واکسن یا واکسن هایی در طی چهار هفته قبل دریافت نموده است، در این قسمت ذکر نمائید.

نوع واکسن	کارخانه سازنده	شماره سریال	تاریخ انقضاء	روش و محل تلقیح	تعداد دوز های مصرفی قبلی واکسن	تاریخ دریافت

*کد ۱: بستری بدون دریافت درمان دارویی (تحت نظر در بیمارستان)

**کد ۲: درمان دارویی

***کد ۳: درمان جراحی حتماً در فرم بررسی ثبت ارسال گردد.

۱۰- نحوه نگهداری و تزریق واکسن :

* زنجیره سرد واکسیناسیون :

- ۱- حمل و نقل واکسن : مطلوب نامطلوب
- ۲- نگهداری واکسن : مطلوب نامطلوب
- * رعایت استریلیزاسیون در حین تزریق مطلوب نامطلوب
- * حلال مناسب بلی خیر
- * میزان دوز تزریق شده : مطلوب نامطلوب

- ۱۱- آیا گزارش مشابهی از عارضه فوق با دریافت واکسن از همان ویال در آن شهرستان بوجود آمده است؟ خیر بلی
- توضیح :
- ۱۲- آیا گزارشی مشابه با عارضه فوق بدون دریافت واکسن در آن شهرستان گزارش شده است؟ خیر بلی
- توضیح :

۱۳- طبقه بندی :

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

(A) اشتباه در برنامه واکسیناسیون (Programme Error)

- ۱- تزریق غیر استریل
- ۲- آماده سازی غیر صحیح واکسن
- ۳- تکنیک / محل تزریق
- ۴- نگهداری واکسن
- ۵- حمل و نقل واکسن
- ۶- سایر موارد توضیح:

(B) واکنش مربوط به خود واکسن:

- ۱- واکنش شناخته شده در حد انتظار واکسن
- ۲- سایر موارد

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

- ۱- ناشی از داروهای همزمان استفاده شده: توضیح :
- ۲- ناشی از سایر واکسن های تزریق شده در همان روز: توضیح :
- ۳- ناشی از سایر واکسن های تزریق شده در فاصله چهار هفته : توضیح :
- ۴- ناشی از بیماری دیگری در فرد بود : توضیح :
- ۵- سایر موارد : توضیح :

(D) عارضه به دلیل واکنش تزریقات بوجود آمده است:

(E) ناشناخته

۱۴- تشخیص نهایی بیماری توسط پزشک بررسی کننده :

۱۵- نظریه نهایی کمیته شهرستانی AEFI :

۱۶- نظریه نهایی کمیته دانشگاهی AEFI :