بسمه تعالی

فرم شماره یک : لیست خطی موارد عوارض ناشی از واکسیناسیون

۱–استان : خراسان جنوبی ، ۲–دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند ، ۳–تاریخ ارسال گزارش :

٤ – شهرستان	٥–نام و نام خانوادگی	٦ – جنس	۷– نوع گزارش	۸– بستری	۹– نوع واحد گزارش دهنده *	۱۰–سن حاملگی (هفته / ماه)	۱۱–وزن زمان تولد (گرم)	۱۲–تاریخ تولد	۱۳–گروه سنی	۱٤–تاریخ ایمنسازی	۱۵ – نوع واکنش	۱٦– واکسن / واکسن های دریافت شده	۱۷– شماره سریال	۱۸ – کارخانه سازنده **	۱۹ – تاریخ بروز	۲۰– تاریخ مراجعه	۲۱– عاقبت ***	۲۲– تشخیص نهائی	۲۳– طبقه بندی	۲٤– انجام بررسی (بلی / خیر)	۲٤– تاریخ تکمیل فرم بررسی	۲۵– خوشه (بلی / خیر)	۲٦– اقدامات انجام یافته

* نوع واحد گزارش دهنده : خانه بهداشت، مرکز شهری – پایگاه و ... ** کارخانه سازنده (ایران – هند – فرانسه – کرده و ...) *** عاقبت (شامل یکی از موارد بهبود – تحت درمان – عارضه ماندگار – فوت – نامعلوم)

نام و نام خانوادگی AEFI : امضاء