

فرم خلاصه اطلاعات پیامدهای نامطلوب ایمن سازی AEFI

نام مرکز / پایگاه / خانه :		شهرستان: نجف آباد		دانشگاه علوم پزشکی : اصفهان	
نام واکسیناتور:		نام پزشک بررسی کننده:		تاریخ تکمیل فرم:	
نام مکان تلقیح واکسن:		کد ملی :		تاریخ مراجعه بیمار :	
تاریخ تولد:		نام پدر:		نام و نام خانوادگی:	
جنس: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>		در صورتی که کودک زیر یکسال است قید گردد وزن زمان تولد: گرم		در صورتی که کودک زیر یکسال است قید گردد سن حاملگی مادر: هفته	
ملیت:		تلفن بیمار :		آدرس بیمار :	
شرح علایم، نشانه‌ها و طول مدت هر یک از عوارض ناشی از واکسن:					
سال		روز		تاریخ انجام واکسیناسیون: ساعت تزریق :	
سال		روز		تاریخ شروع عارضه: ساعت شروع عارضه :	
ماه :		روز :		فاصله زمانی بین انجام واکسیناسیون و شروع عارضه: ساعت :	
نوع گزارش: فوری <input type="checkbox"/> غیر فوری <input type="checkbox"/>		تاریخ انجام بررسی :		ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>	
کد نوع درمان: ۱- غیر بستری بدون درمان دارویی <input type="checkbox"/> ۲- غیر بستری با درمان دارویی <input type="checkbox"/> ۳- بستری بدون درمان دارویی <input type="checkbox"/> ۴- بستری با درمان دارویی <input type="checkbox"/> ۵- جراحی <input type="checkbox"/>					
۵- آیا عارضه منجر به بستری شدن بیمار در بیمارستان شده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی: نام بیمارستان:					
شماره پرونده بیمارستان :		مدت زمان بستری :		تاریخ بستری:	
نوع عارضه :					
بثورات جلدی ماکولوپاپولر <input type="checkbox"/> ندول <input type="checkbox"/> آبسه چرکی <input type="checkbox"/> آبسه استریل <input type="checkbox"/> عارضه موضعی <input type="checkbox"/> عارضه موضعی شدید <input type="checkbox"/> لنفادنیت <input type="checkbox"/> واکنش‌های حساسیتی <input type="checkbox"/> آنافیلاکسی <input type="checkbox"/> پاروتیدیت <input type="checkbox"/> التهاب و درد مفاصل <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> تب بالا <input type="checkbox"/> جیغ کشیدن مداوم <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> کاهش سطح هوشیاری <input type="checkbox"/> آنسفالیت <input type="checkbox"/> آنسفالوپاتی <input type="checkbox"/> مننژیت <input type="checkbox"/> ترمبوسیتوپنی <input type="checkbox"/> عفونت ب‌ت ژ منتشر <input type="checkbox"/> فلج اندام <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> استفراغ <input type="checkbox"/> شوک توکسیک <input type="checkbox"/> حملات هیپوتونیک HHE <input type="checkbox"/> شوک/غش یا faint <input type="checkbox"/> سایر علایم <input type="checkbox"/> نام برید :					
پیامد عارضه: تحت نظر <input type="checkbox"/> عارضه ماندگار - ناتوانی و معلولیت <input type="checkbox"/> بیمار فوت کرده است <input type="checkbox"/> (تاریخ فوت: )					
عارضه ماندگار <input type="checkbox"/> بهبود <input type="checkbox"/> تحت درمان <input type="checkbox"/> سایر موارد توضیحات:					
مشخصات واکسن یا واکسن‌هایی را که در روز انجام واکسیناسیون دریافت نموده است به شرح زیر ذکر نمائید:					
ردیف	نوع واکسن	کارخانه سازنده	شماره سریال	تاریخ انقضاء	روش (عضلانی/زیر جلدی) و محل تلقیح (سمت راست یا چپ)
۱					تعداد دزهای مصرفی قبلی واکسن
۲					
۳					
نام واکسن محتمل بروز عارضه :			نظر به کمیته شهرستان :		
طبقه بندی: واکنش واکسن <input type="checkbox"/> واکنش تزریق <input type="checkbox"/> خطای برنامه <input type="checkbox"/> همزمانی <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>					
ارزیابی علیتی: بسیار محتمل / مطمئن <input type="checkbox"/> احتمالی <input type="checkbox"/> امکانپذیر <input type="checkbox"/> غیر محتمل <input type="checkbox"/> بی ارتباط یا همزمانی <input type="checkbox"/> غیر قابل طبقه بندی <input type="checkbox"/>					
تشخیص نهایی :					
اقدامات انجام یافته: واکنش مورد انتظار واکسن، نیاز به اقدام نیست <input type="checkbox"/> آموزش/بازآموزی واکسیناتور در زمینه تکنیک تزریق <input type="checkbox"/> آموزش/بازآموزی واکسیناتور در زمینه رعایت زنجیره سرما <input type="checkbox"/> جمع آوری سریال مشکوک با تایید مرکز مدیریت <input type="checkbox"/> واکنش تزریق <input type="checkbox"/> همزمانی، آموزش خانواده <input type="checkbox"/> آموزش/بازآموزی واکسیناتور در زمینه آماده سازی صحیح واکسن <input type="checkbox"/> ارسال ویال واکسن برای آزمایش <input type="checkbox"/>					
نام و نام خانوادگی تکمیل کننده :			نام و مهر پزشک بررسی کننده :		
نظر به نهایی کمیته شهرستانی AEFI:					