

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

۱- دانشکده دانشگاه اصفهان شهرستان خمینی شهر نام پزشک بررسی کننده :	۲- مشخصات مکان تلقیح واکسن : نام مکان تلقیح واکسن: نام واکسیناتور آدرس :
تاریخ تکمیل : شماره تلفن : آدرس :	شماره نمابر :
۳- مشخصات بیمار : نام و نام خانوادگی : سن حاملگی : جنس : مذکر مونت آدرس :	نام پدر : وزن زمان تولد: ملیت : تاریخ تولد: روز ماه سال تلفن :
۴- مشخصات عارضه : شرح علایم : نشانه ها و طول مدت هریک از عوارض ناشی از واکسن :	
تاریخ انجام واکسیناسیون : ساعت روز ماه سال تاریخ شروع عارضه : ساعت روز ماه سال فاصله زمانی بین انجام واکسیناسیون و شروع عارضه : ساعت روز هفته ماه اقدامات انجام شده جهت رفع عارضه : نوع درمان: کدا (بستری بدون دریافت درمان دارویی) <input type="checkbox"/> کد ۲: درمان دارویی <input type="checkbox"/> کد ۳: جراحی <input type="checkbox"/>	
۵- آیا عارضه منجر به بستری شدن بیمار در بیمارستان شده است ؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> اگر بلی : نام بیمارستان تاریخ بستری : تاریخ ترخیص : ۶- پیامد عارضه :	
بیمار فوت کرده است (تاریخ فوت) : <input type="checkbox"/> عارضه ماندگار <input type="checkbox"/> بهبود <input type="checkbox"/> تحت درمان <input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> توضیحات :	
۷- آیا سابقه قبلی عارضه ناشی از واکسن در بیمار یا بستگان نزدیک او وجود دارد ؟ خیر اگر بلی : نوع عارضه سن بروز عارضه نوع واکسن شماره نوبت واکسن نسبت با بیمار	
۸- مشخصات واکسن یا واکسن هایی را که در روز انجام واکسیناسیون دریافت نموده است به شرح زیر ذکر نمایید: نوع واکسن کارخانه سازنده شماره سریال تاریخ انقضاء روش و محل تلقیح تعداد روزهای مصرفی قبلی واکسن	
۱- ۲- ۳- ۹- اگر واکسن یا واکسن هایی در طی چهار هفته قبل دریافت نموده است ، در این قسمت ذکر نمایید: نوع واکسن کارخانه سازنده شماره سریال تاریخ انقضاء روش و محل تلقیح تعداد روزهای مصرفی قبلی واکسن تاریخ دریافت	
۱-	

۱۰- نحوه نگهداری و تزریق واکسن :

*زنجیره سرد واکسیناسیون :

۱- حمل و نقل واکسن : مطلوب نامطلوب

۲- نگهداری واکسن : مطلوب نامطلوب

*رعایت استیلزاسیون 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- نتیجه گیری نهایی :

پس از بررسیهای انجام یافته ، عارضه واکسن مربوط به کدامیک از موارد زیر می باشد؟

(A) اشتباه در برنامه واکسیناسیون :

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 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 واکنشهای تزریق شده در همان روز توضیح

۳- ناشی از سایر واکنشهای تزریق شده در فاصله چهار هفته توضیح

۴- ناشی از بیماری دیگری در فرد بود توضیح

۵- سایر موارد توضیح

(D) عارضه بدلیل واکنش تزریقات بوجود آمده است

(E) نامعلوم

۱۴- تشخیص نهایی بیماری توسط پزشک بررسی کننده :

۱۵- نظریه نهایی کمیته شهرستانی : AEFI :

۱۶- نظریه نهایی کمیته دانشگاهی : AEFI :