

## پیوست شماره یک - فرمهای گزارش دهی

### نحوه تکمیل فرم شماره یک :

در قسمت‌های ۱ تا ۳۰ این فرم، موارد ذیل را به ترتیب، ثبت نمائید.

۱. نام استان
۲. نام دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ؛
۳. نام شهرستان ؛
۴. تاریخ ارسال گزارش ؛
۵. نام مرکز بهداشتی درمانی
۶. نام و نام خانوادگی بیمار ؛
۷. جنسیت بیمار را ثبت نمایید. مذکر یا مؤنث
۸. نوع گزارش فوری یا غیر فوری ثبت شود ؛
۹. بستری : چنانچه مورد در بیمارستان بستری است / بوده است گزینه بلی درغیراینصورت گزینه خیر را انتخاب نمائید .
۱۰. مدت زمان بستری را برحسب روز ثبت نمایید . مثلاً ۲ روز بستری بوده است عدد ۲ را ثبت نمایید .
۱۱. نوع واحد گزارش دهنده (خانه بهداشت، مرکز بهداشتی - درمانی شهری، مرکز بهداشتی - درمانی روستایی، تیم سیار، بیمارستان، زایشگاه، پایگاه بهداشتی، مطب خصوصی و...) را ثبت نمایید . مثلاً خانه بهداشت
۱۲. چنانچه سن کودک کمتر از یکسال است سن حاملگی را بنویسید و برحسب اینکه عدد مذکور هفته یا ماه حاملگی است ، ذکر نمایید . مثلاً ۳۸ هفته یا ۹ ماه
۱۳. چنانچه سن کودک کمتر از یکسال است وزن زمان تولد را برحسب گرم بنویسید .
۱۴. تاریخ تولد بیمار ؛
۱۵. گروه سنی مورد را ثبت نمایید. مثلاً ۵-۱ سال
۱۶. تاریخ ایمن سازی ؛
۱۷. نوع واکنش را مطابق با علامت / علائم لیست شده در فرم شماره دو درج کنید ؛
۱۸. نام واکسن / واکسن‌های دریافت شده را درج نمایید ؛
۱۹. شماره سریال واکسن / واکسن‌های دریافت شده ؛
۲۰. شماره سریال حلال واکسن / واکسن‌های دریافت شده ؛
۲۱. کشورکارخانه سازنده واکسن ذکرشود (ایران-فرانسه -کره و.....)
۲۲. تاریخ بروز (شروع) عارضه را درج نمایید ؛
۲۳. تاریخ مراجعه بیمار به مرکز گزارش‌دهنده.
۲۴. عاقبت : یکی از موارد بهبودی -عارضه ماندگار - تحت درمان - فوت - نامشخص (در صورت تغییر مکان و نبودن امکان پیگیری مورد) را درج نمایید . در موارد فوری به محض تکمیل بررسی و نهایتاً برای کلیه موارد تا پایان ماه گزارش‌دهی در لیست خطی و پورت ثبت شود . توجه: در مواردی که فوت گزارش می‌گردد در زمان ثبت در پورت حتماً گزینه "فوت" درج گردد. لازم بذکر است بدلیل آزاد بودن امکان انتخاب گزینه فوت برای همه موارد، لازم است به هنگام ثبت از انتخاب این گزینه فقط برای موارد منجر به فوت اطمینان حاصل آید تا موجب صرف وقت در دانشگاه / کشور برای تایید یا رد آن نگردد .

۲۵. طبقه بندی کلیه عارضه های فوری و غیرفوری توسط کارشناس شهرستان طبق یکی از طبقه بندی های پنجگانه مثلاً خطای ایمنسازی تعیین و ثبت گردد. در موارد فوری باتوجه به برداشت اولیه در پورت ثبت گردد و در اولین فرصت و نهایتاً تا پایان ماه گزارشدهی اصلاح یا به همان صورت درپورت ثبت گردد. مثلاً برداشت اولیه از مستندات در زمان گزارش حاکی از بروز خطای برنامه است پس در زمان ثبت در پورت گزینه خطای برنامه ثبت گردد و در صورتیکه پس از پایان بررسی همان خطای برنامه تایید شد بدون تغییر در پورت باقی بماند در غیراینصورت گزینه های دیگر را مثلاً واکنش واکسن و..... را انتخاب نمایید .

۲۶. انجام بررسی: برای کلیه موارد فوری (seriuos) (مرگ ، بستری در بیمارستان ، هرنوع واکنش و مواردی که در جامعه ایجاد نگرانی کرده و بروز خوشه عوارض) فرم بررسی در عرض ۴۸ ساعت تکمیل و تا پایان ماه گزارشدهی به مرکز مدیریت بیماریها ارسال گردد. دراین قسمت هم گزینه بلی برای موارد مذکور انتخاب و ثبت گردد. ضمن آنکه کلیه مواردی که با توجه به امکان بروز خطای برنامه و میکروپلان دانشگاه، لزوم انجام بررسی آنها در فرم شماره ۲ ، بلی پاسخ داده شده است نیز در پورت گزینه بلی انتخاب و درج گردد . بدیهی است یک نسخه از فرم بررسی کلیه مواردی که انجام بررسی در مورد آنها علامت زده شده است در مراکز بهداشت شهرستان مربوطه و دانشگاه بایستی نگهداری گردد. (همانگونه که در بالا ذکر شد فقط یک نسخه از فرم بررسی موارد فوری بایستی به مرکز مدیریت بیماریهای واگیر ارسال گردد )

۲۷. خوشه : فوکال پوینت AEFI شهرستان چنانچه با توجه به مراکز گزارش دهنده و بررسیهای به عمل آمده عارضه هایی را به عنوان خوشه تلقی مینماید گزینه بلی را انتخاب و در غیراینصورت گزینه خیر را انتخاب نمایند. بدیهی است فوکال پوینت AEFI دانشگاه با مشاهده وجود خوشه پس از بررسی و تایید مجدد ، فیلد ثبت شده به صورت خوشه را به همان صورت یعنی انتخاب بلی تایید و در واقع تغییری اعمال نخواهد کرد در غیراینصورت (تایید نکردن خوشه) کلیه مواردی که خوشه تلقی و بلی انتخاب گردیده با گزینه خیر علامت گذاری و به شهرستان مربوطه اعلام نمایند .

۲۸. تاریخ شروع بررسی : تاریخ شروع بررسی را ثبت نمایید .

۲۹. تاریخ تکمیل فرم بررسی :تاریخ پایان بررسی را در محل تاریخ تکمیل فرم بررسی در فرم بررسی ثبت نمایید .

۳۰. اقدامات انجام یافته : باتوجه به طبقه بندی مورد اقدامات انجام شده را از لیست انتخاب نمایید . مثلاً چنانچه عارضه خطای برنامه به علت تکنیک تزریق بود اقدام انجام یافته " آموزش /بازآموزی واکسیناتور درزمینه تکنیک تزریق " خواهد بود .

#### نحوه تکمیل فرم شماره دو :

۱. در قسمت "نوع واحد گزارش دهنده"، عنوان مرکز انجام واکسیناسیون را، علامت بزینید (به عنوان مثال، خانه بهداشت و یا بیمارستان )
۲. در قسمت "نام محل واکسیناسیون"، نام مرکز مربوطه را ذکر نمایید و سپس نام شهرستان، شهر و یا روستا را وارد کنید.
۳. در قسمت ، "مشخصات فردی" نام، نام خانوادگی و تاریخ تولد، نام پدر و ملیت وی را وارد نمایید و جنسیت وی را مشخص کنید. حتماً آدرس دقیق و تلفن فرد واکسینه شده را برای ارتباطات بعدی و پیگیری عارضه، ثبت کنید . همچنین چنانچه سن کودک کمتر از یکسال است ، سن حاملگی (باتوجه به عدد ثبت شده دور هفته یا ماه را دایره بکشید) و وزن زمان تولد را برحسب گرم درج نمایید .

۴. در قسمت مشخصات واکسن، نوع و مشخصات واکسن/ واکسنهای دریافتی توسط بیمار را طبق جدول، تکمیل کنید.
۵. در قسمت "عوارض مشاهده شده"، هر یک از عارضه‌های مشاهده شده در بیمار را در ستون مربوطه با علامت ضربدر مشخص نمایید. بدیهی است علائم سندرمیک (علتی) تنها توسط پزشک چنانچه با توجه به مجموع علائم گزارش شده به تشخیص واحدی رسیدند قسمت علائم سندرمیک را تکمیل گردد. به عنوان مثال در قسمت علامتی موردی دو علامت از سه علائم کاهش سطح هوشیاری، تشنج و یا تغییر آشکار رفتاری را داشت در قسمت سندرمیک انسفالوپاتی علامت زده شود.
۶. در این قسمت چنانچه عارضه منجر به بستری شدن در بیمارستان شده گزینه بلی و در غیر اینصورت گزینه خیر را علامت بزنید.
۷. در قسمت "عاقبت بیمار" اگر عارضه کاملاً برطرف شد و حالت بالینی فرد به حالت قبل از تزریق واکسن بازگشت، گزینه "بهبود" را علامت بزنید.
- a. اگر حال بیمار تحت درمان و در جهت بهبودی است و برطرف شدن کامل عارضه زمان می برد، گزینه "تحت درمان" را علامت بزنید.
- b. اگر بیمار در فاصله ۴ هفته پس از واکسیناسیون، فوت کرد و هیچ بیماری خاص یا دلیل قابل قبول دیگری برای مرگ وی در دسترس نبود، گزینه "مرگ" را علامت بزنید.
- c. اگر بیمار در اثر تزریق واکسن، دچار عوارض پایدار (مثلاً فلج) گردید، "عارضه ماندگار" را علامت بزنید.
- d. اگر دسترسی به بیمار برای تعیین عاقبت عارضه بدلائل مختلف (تغییر مکان و.....) امکان پذیر نشد گزینه "نامعلوم" را علامت بزنید.
۸. در قسمت ۸ مشخصات گزارشگر را شامل نام و نام خانوادگی، سمت و شماره تلفن تکمیل فرمائید.
۹. در قسمت ۹ تاریخ گزارش را تکمیل و امضا نمائید.
۱۰. قسمت ۱۰ بخش پیگیری تاریخ دریافت گزارش در مرکز بهداشت مسئول واحد گزارش دهنده ثبت و در مورد عوارض جدی (serious) یا فوری انجام بررسی به له را انتخاب و تاریخ انجام انرا ثبت نمایید. در مورد عوارض غیرفوری انجام بررسی خیر و تاریخ انجام خالی می ماند.

#### نحوه تکمیل فرم شماره سه :

در قسمت ۱ نام دانشکده یا دانشگاهی که عوارض در آنجا اتفاق افتاده است و نام شهرستان و تاریخ تکمیل فرم بررسی را وارد نمائید. در مقابل نام بررسی کننده، نام پزشک پیگیری کننده عارضه به همراه شماره نظام پزشکی وی، وارد شود.

در قسمت شماره تلفن، شماره ای که سریعترین امکان تماس با پزشک پیگیری کننده را مقدور می سازد، وارد کنید. شماره نمابر و آدرس پزشک پیگیری کننده را نیز یادداشت نمائید.

در قسمت ۲ ( مشخصات مکان تلقیح واکسن )، نام محلی را که تلقیح واکسن مشکوک به ایجاد عارضه در آنجا انجام شده است، نام فرد تزریق کننده واکسن مربوطه، آدرس و تلفن محل واکسیناسیون را یادداشت نمائید.

**در قسمت ۳** ( مشخصات بیمار )، نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد (روز، ماه و سال)، سن، جنس، ملیت، آدرس و تلفن بیمار را برای مواردیکه احتیاج به پیگیری بعدی دارد، یادداشت نمائید. همچنین چنانچه سن کودک کمتر از یکسال است سن حاملگی (باتوجه به عدد ثبت شده دور هفته یا ماه دایره بکشید) و وزن زمان تولد را درج نمایید .

**در قسمت ۴** ( مشخصات عارضه )، علائم و نشانه‌های عارضه را تعیین نمائید و در شرح حالی که می نویسد(کارشناس AEFI شهرستان) مشخص کنید که هرکدام از علائم چه مدت به طول انجامیده و سپس طبقه بندی را در قسمت ۱۳ وارد نمائید. در قسمت تاریخ انجام واکسیناسیون، تاریخ دقیق تلقیح واکسن مشکوک به ایجاد عارضه را با قید ساعت، روز، ماه، سال، وارد کنید. در قسمت تاریخ شروع عارضه، تاریخی را که اولین علائم و نشانه‌های عارضه مشاهده شده با ذکر ساعت، روز، ماه، سال، وارد نمائید. در قسمت فاصله زمانی بین انجام واکسیناسیون و شروع عارضه، مدت زمان بین تزریق واکسن تا بروز نشانه‌های عارضه را محاسبه کنید. (به‌عنوان مثال: اگر کودکی در ساعت ۱۰ صبح، واکسن سیاه سرفه را دریافت کرده و در ساعت ۸ شب، دچار گریه بیش از حد و بی‌قراری شده است، در مقابل فاصله زمانی، ۱۰ ساعت را وارد نمائید. اگر عارضه، چند روز یا چند هفته پس از تزریق واکسن، ایجاد شده در مقابل موارد فوق، تعداد دقیق روزها و هفته‌ها را یادداشت نمائید. در مقابل اقدامات انجام شده به‌منظور رفع عارضه، توضیح دهید که مرکز واکسیناسیون، پس از دریافت گزارش عارضه در اثر واکسن، چه اقداماتی را برای رفع مشکل بیمار، انجام داده است و کدهای ۱، ۲ و ۳ را برحسب نوع درمان علامت بزنید .

**در خصوص موارد جدی (serious)** با مصاحبه با فرد یا خانواده بیمار و یا پزشک بیمار ، به دقت خلاصه ای از سیر ابتلا و علائم ذکر شود .

**در قسمت ۵** ( آیا عارضه منجر به بستری شدن بیمار در بیمارستان شده )، اگر شدت عارضه به حدی بود که کنترل آن با روشهای معمول و سرپایی، مقدور نبوده و به ناچار بیمار مدتی (از چند ساعت تا چند روز) در بیمارستان بستری شده است، گزینه بلی را علامت بزنید و نام بیمارستان، تاریخ بستری شدن ، ترخیص و تعداد روزهای بستری به دلیل عارضه را وارد نمائید. اگر عارضه با اقدامات معمول، رفع شد و مشکلی بیمار را تهدید نمی‌کرد، گزینه خیر را علامت بزنید.

**در قسمت ۶** ( پیامد عارضه )، اگر بیمار در اثر عارضه به‌وجود آمده از تزریق واکسن، فوت کرده است، فوت را علامت زده و تاریخ فوت بیمار را یادداشت نمائید.

- اگر بیمار در اثر تزریق واکسن، دچار عوارض پایدار (مثلاً فلج) گردید ، عارضه ماندگار را علامت بزنید. اگر عارضه پس از مدتی به‌صورت کامل رفع گردیده است و حال عمومی بیمار، مشابه زمان قبل از تزریق واکسن شده است، گزینه بهبود را علامت بزنید. اگر دسترسی به بیمار برای تعیین عاقبت عارضه بدلائیل مختلف (تغییر مکان و.....) امکان پذیر نشد گزینه "نامعلوم" را علامت بزنید. اگر برای بیمار حالتی جدا از موارد فوق به وجود آمده، سایر موارد را علامت بزنید و در قسمت توضیحات به‌طور کامل ، تشریح کنید.

**در قسمت ۷** ( آیا سابقه قبلی عارضه ناشی از واکسن در بیمار یا خواهران و برادران او وجود دارد )، با توجه به سابقه بیمار و پرونده وی در صورت امکان بررسی نمائید که آیا تا به حال در خانواده فرد، به عنوان مثال خواهران و برادران وی، عارضه ناشی از تزریق واکسن دیده شده است یا خیر ؟ اگر چنین عارضه‌ای وجود داشته ، نوع عارضه ، سن بروز ، نام واکسن و شماره نوبت واکسن را ذکر فرمائید.

**در قسمت ۸** ( مشخصات واکسن یا واکسن‌های که در روز انجام واکسیناسیون دریافت نموده است )، نام واکسنی را که مشکوک به ایجاد عارضه است به همراه مشخصات دقیق آن، از قبیل نام کارخانه سازنده، شماره سریال واکسن، شماره سریال حلال، تاریخ انقضاء واکسن، روش تزریق (به‌عنوان مثال: تزریق جلدی و یا زیرجلدی) و محل تزریق /ناحیه ای که تزریق در آنجا انجام گرفته است ( به‌عنوان مثال سمت راست یا چپ عضله بازو یا ران )، همچنین تعداد دزهای دریافتی قبلی که بیمار واکسن مربوطه را دریافت نموده است را ثبت کنید.

به‌علاوه مشخصات ذکر شده را برای سایر واکسنهایی که بیمار در روز واکسیناسیون دریافت نموده است در محل تعیین شده، قید کنید.

**در قسمت ۹** واکسن یا واکسنهایی که در فاصله چهار هفته قبل از تزریق واکسن مشکوک به ایجاد عارضه، دریافت نموده است را به همراه مشخصات این واکسنها، از جمله کارخانه سازنده، شماره سریال، شماره سریال حلال و تاریخ انقضاء، روش تزریق (به‌عنوان مثال: تزریق جلدی و یا زیرجلدی) و محل تزریق /ناحیه ای که تزریق در آنجا انجام گرفته است ( به‌عنوان مثال سمت راست یا چپ عضله بازو یا ران )، همچنین تعداد دزهای دریافتی قبلی که بیمار واکسن مربوطه را دریافت نموده است را ثبت کنید. در قسمت تاریخ دریافت، تاریخ آخرین نوبت از دزهای قبلی را ذکر نمایید .

**در قسمت ۱۰** (نحوه نگهداری و تزریق واکسن)، به‌منظور پرکردن این قسمت، شرایط نگهداری، حمل و نقل و تزریق واکسن را به‌دقت بررسی نمائید و سپس مطلوب بودن یا نبودن شرایط را تعیین کنید. مثلاً زنجیره سرد واکسیناسیون را بررسی کنید و ببینید که:

- آیا حمل و نقل واکسن توسط اتومبیل‌های مناسب و با رعایت کردن درجه حرارت مناسب برای واکسن صورت گرفته است یا خیر؟

- آیا شرایط نگهداری واکسن، طبق شرایط تعیین شده برای واکسن مورد نظر هست یا خیر؟

- آیا در زمان تزریق واکسن از شرایط و تجهیزات استریل و مناسب، از قبیل سرنگهای مناسب استفاده شده است یا خیر؟

- آیا با توجه به مشخصات حلال در مجموع، نوع حلال برای تزریق مناسب است یا خیر؟ در نهایت، آیا دز تزریق شده به فردی که در اثر واکسن دچار عارضه شده است، دز مناسب و توصیه شده برای واکسن مذکور بوده است یا خیر؟

**در قسمت ۱۱** درمورد وجود گزارش مشابهی از عارضه فوق از همان ویال واکسن در آن شهرستان بررسی و نتیجه را در قسمت خیر یا بلی علامت بزنید و در صورت نیاز توضیح بیشتر مرقوم فرمائید.

**در قسمت ۱۲** در مورد وجود گزارش مشابه با عارضه فوق بدون دریافت واکسن در آن شهرستان بررسی و نتیجه را در قسمت خیر یا بلی علامت بزنید و در صورت نیاز توضیح بیشتر مرقوم فرمائید.

**در قسمت ۱۳** (طبقه بندی)، با توجه به بررسیهایی که در مورد واکسن و عارضه ایجاد شده توسط آن انجام شده است، عارضه را طبقه بندی نمایید . چنانچه در بررسی مشخص شد، عارضه ایجاد شده، ناشی از اشتباهاتی بوده است که در برنامه واکسیناسیون انجام گرفته است مثلاً تزریق، غیراستریل بوده و یا شرایط نگهداری و حمل و نقل واکسن، مناسب نبوده است عارضه را "خطای ایمن سازی" طبقه بندی کنید . چنانچه واکنش ناشی از ماهیت واکسن مورد استفاده بوده

است مثلاً واکسن ثلاث تزریق شده و کودک تب کرده است به عبارتی دیگر عارضه دیده شده جزء عوارض شناخته شده و مورد انتظار واکسن تزریق شده است عارضه را "واکنش واکسن" طبقه بندی کنید . چنانچه عارضه مشاهده شده به ایمن سازی مربوط نباشد و بدلیل بیماری فرد در زمان تزریق واکسن یا وجود بیماری زمینه ای ایجاد شده باشد ، عارضه را "همزمانی" طبقه بندی نمائید. عوارضی که بدلیل اضطراب و تشویش در اثر ترس و یا درد ناشی از تزریق بروز می نماید "واکنش مربوط به اضطراب ناشی از ایمن سازی" طبقه بندی نمائید . چنانچه عارضه حاصله جز هیچیک از طبقه بندی های بالا نباشد و بدلائل نامشخص ایجاد شوند ، عارضه را "نامشخص" طبقه بندی نمائید .

همچنین ضمن تعیین طبقه بندی کننده (کمیته شهرستان یا دانشگاه) کد طبقه بندی کمیته شهرستان و یا دانشگاه را نیز در محل مربوطه ثبت نمایید .



فرم شماره ۲ گزارش AEFI: فرم انفرادی گزارش دهی پیامدهای نامطلوب ایمن سازی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... مرکز بهداشت شهرستان .....

۱- نوع واحد گزارش دهنده:

خانه بهداشت  مرکز بهداشتی درمانی شهری  مرکز بهداشت درمانی روستایی  پایگاه بهداشتی  زایشگاه  بخش خصوصی  تیم سیار  بیمارستان

۲- نام محل واکسیناسیون: ..... شهرستان: شهر: روستا:

۳- مشخصات فردی: نام و نام خانوادگی بیمار: نام پدر: ملیت: تاریخ تولد: روز-ماه-سال--

سن حاملگی: ..... ماه / هفته وزن زمان تولد: ..... گرم جنس: مؤنث  مذکر  آدرس: شماره تلفن:

۴- مشخصات واکسن

نوع واکسن	تاریخ واکسیناسیون	شماره سریال واکسن	شماره سریال حلال	کارخانه سازنده	تاریخ انقضاء
ب پ ژ (BCG)					
فلج اطفال					
پنتاوالان					
توام بزرگسالان					
ام ام آر (MMR)					
هیپاتیت ب					
سایر					

۵- عوارض مشاهده شده

الف: این قسمت توسط کارمند بهداشتی تکمیل گردد	ب: این قسمت توسط پزشک تکمیل گردد	
علامتی	علامت بزیند	تاریخ بروز
آبسه در محل تزریق	<input type="checkbox"/>	سندرم شوک توکسیک
لنفادنیت	<input type="checkbox"/>	آنسفالوپاتی
عارضه موضعی شدید	<input type="checkbox"/>	آنسفالیت
فلج (طی ۳۰ روز بعد از واکسیناسیون)	<input type="checkbox"/>	سایر موارد (توضیح دهید)
تشنج		
تب بالا		
کاهش سطح هوشیاری		
حساسیت پوستی		
جیع زدن مداوم یا بی قراری		
شوک		
اسهال شدید آپکی		
درد مفاصل		
استفراغ مکرر		
تنگی نفس		
سایر موارد		

۶- آیا عارضه منجر به بستری بیمار در بیمارستان شده است؟ بلی  خیر

۷- عاقبت بیمار: بهبود  تحت درمان  عارضه ماندگار  فوت  نامعلوم

۸- مشخصات گزارشگر: نام و نام خانوادگی: سمت: تلفن: امضا:

۹- تاریخ گزارش: ..... بخش پیگیری: تاریخ دریافت گزارش در مرکز بهداشت مسئول واحد گزارش دهنده: ..... نیاز به بررسی دارد: بلی  خیر  تاریخ انجام بررسی: .....



### سندرم شوک توکسیک

با شروع ناگهانی تب، استفراغ و اسهال شدید آبکی چند ساعت پس از واکسیناسیون مشخص می‌شود که این حالت بسیار خطرناک است و باید سریع به پزشک ارجاع داده شود و اگر در مدت ۴۸-۲۴ ساعت پس از آغاز، درمان نشود، ممکن است منجر به مرگ شود.

**انسفالوپاتی:** انسفالوپاتی، کسالت با شروع حاد است که با دو علامت از علائم زیر مشخص می‌شود:

- (۱) تشنج؛
- (۲) تغییر شدید سطح شعور که یک روز یا بیشتر به طول انجامد؛
- (۳) تغییر آشکار رفتاری که به مدت یک روز یا بیشتر ادامه یابد.

### انسفالیت

انسفالیت به وسیله علائم فوق و نشانه‌های التهاب مغزی و در بسیاری حالات با پلئوسیتوز مایع مغزی نخاعی و یا جدا شدن ویروس، مشخص می‌شود. هر انسفالیتی که تا یک ماه پس از ایمن سازی اتفاق بیفتد، باید گزارش شود.

### الف - پیامدهای نامطلوب موضعی

#### آبسه محل تزریق:

ضایعاتی در محل تزریق که حاوی مایع بوده و حالت مواج داشته و یا سرباز کرده باشد که می‌تواند همراه با تب یا بدون تب باشد و شامل انواع ذیل است: آبسه باکتریال؛ وجود چرک، علائم التهابی، تب، کشت مثبت، رنگ آمیزی گرم مثبت یا پیدا کردن نوتروفیل، اغلب به نفع وجود یک آبسه میکروبی است. آبسه استریل: حالتی است که شواهدی مبنی بر وجود عفونت باکتریال، متعاقب بررسی‌های انجام شده در یک آبسه وجود ندارد.

#### نفادیت از جمله نفادیت چرکی:

- (۱) حداقل یک غده لنفاوی به اندازه ۱/۵ سانتیمتر و یا بزرگتر (عرض یک انگشت فرد بالغ) ایجاد شده باشد.
- (۲) یک سینوس مترشح روی یک غده لنفاوی که فقط در اثر تزریق واکسن ب ت ژ و ۶-۲ ماه بعد از دریافت این واکسن در همان سمت و اکثراً در ناحیه زیر بغل ایجاد شده باشد.

#### عارضه موضعی تسدید:

ایجاد عوارضی در اطراف محل تزریق با حداقل یکی از علامت‌های زیر:

- (۱) تورم در نزدیکترین مفصل محل تزریق؛
- (۲) درد، قرمزی و تورم که بیش از سه روز ادامه یابد؛
- (۳) درد، قرمزی و تورم که به بستری شدن نیاز داشته باشد.

### ب - پیامدهای نامطلوب دستگاه عصبی مرکزی

#### فلج حاد

#### الف: پولیومیلیت فلجی ناشی از واکسن:

فلج شل حاد که در مدت ۴ تا ۳۰ روز بعد از دریافت واکسن خوراکی فلج (OPV) شروع می‌شود و یا در مدت ۷۵-۴ روز پس از تماس با شخصی بروز می‌نماید که واکسن خوراکی فلج را دریافت نموده است.

#### ب: سندرم گیلن باره (GBS):

فلج شل حاد متقارن بالارونده که به سرعت پیشرفت می‌کند با از بین رفتن حس همراه بوده و در ابتدای بیماری تب وجود ندارد. این موارد با آزمایش مایع مغزی نخاعی، تشخیص داده می‌شوند که در آن بین شمارش سلولی و مقدار پروتئین، تناسبی وجود ندارد. سندرم گیلن باره که تا ۳۰ روز پس از ایمن سازی اتفاق می‌افتد، باید گزارش داده شود.

**تشنج:** تشنج‌هایی که از چند دقیقه تا بیش از ۱۵ دقیقه طول می‌کشد و با علائم یا نشانه‌های کانونی عصبی همراه نمی‌باشد.

الف: تشنج‌های تب دار؛

ب: تشنج‌های بدون تب.

#### تب

الف: تب خفیف: درجه حرارت ۳۷/۳۸-۵/۴ درجه سانتیگراد زیربغلی

ب: تب بالا: درجه حرارت ۳۸/۳۹-۵/۴ درجه سانتیگراد زیربغلی؛

ج: تب خیلی بالا: درجه حرارت برابر یا بیشتر از ۳۹/۵ درجه سانتیگراد زیربغلی؛

د: تب نامحسوس یا مشخص نشده: به نظر می‌آید درجه حرارت بالا است اما اندازه‌گیری نشده است. لازم به توضیح است که افزایش دمای بدن پس از تزریق واکسن، طبیعی است اما اگر تب بیمار، بالا و یا خیلی بالا باشد (ب و ج)، باید گزارش شود.

**جیغ کشیدن مداوم:** گریه مداوم و بدون انقطاع که برای مدت ۳ ساعت ادامه داشته باشد و جیغ زدن با صدای بلند و غیرطبیعی.

**سقوط فشار خون و کاهش عکس العمل بدن (شوک کولاپس):** ممکن است حدود ۲۴ ساعت پس از تزریق واکسن، فرد به‌طور ناگهانی دچار حالت رنگ پریدگی، کاهش و یا عدم پاسخگویی به تحریکات، کاهش تون عضلات بدن (افتادگی و بی‌حسی دستها یا پاها) شود که این حالتها معمولاً گذرا هستند و خود به خود رفع می‌شوند.

فرم شماره سه - فرم بررسی عوارض ناشی از واکسیناسیون

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

-۲			
مشخصات مکان تلقیح واکسن		شهرستان :	دانشکده/دانشگاه:
نام مکان تلقیح واکسن:		نام پزشک بررسی کننده:	تاریخ تکمیل فرم:
تلفن:		نام واکسیناتور:	شماره تلفن:
آدرس:		شماره نمابر:	آدرس:
<b>۳- مشخصات بیمار:</b>			
تاریخ تولد: روز ... ماه ... سال .....		نام پدر:	نام و نام خانوادگی:
جنس: <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث	وزن زمان تولد : ..... گرم	سن حاملگی : ..... ماه /هفته	
تلفن:		آدرس:	
<b>۴- مشخصات عارضه:</b>			
شرح علایم، نشانه ها و طول مدت هر یک 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 : کد ۱ ( یعنی 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؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> اگر بلی: نام بیمارستان:			
تاریخ بستری:		تاریخ ترخیص:	
<b>۶- پیامد عارضه</b>			
<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"/> سایر موارد توضیحات	<input type="checkbox"/> نامعلوم		
۷- آیا سابقه قبلی عارضه ناشی از واکسن در بیمار یا بستگان نزدیک او وجود دارد؟ اگر بلی:			
نوع عارضه	سن بروز عارضه	نام واکسن	شماره نوبت واکسن
نسبت با بیمار			
بستگان			
<b>۸- مشخصات واکسن یا واکسن هایی را که در روز انجام واکسیناسیون دریافت نموده است به شرح زیر ذکر نمایید:</b>			
نام واکسن	کارخانه سازنده	شماره سریال واکسن	شماره سریال حلال
تاریخ انقضاء	روش و محل تلقیح (سمت راست یا چپ)	تعداد دوزهای دریافتی قبلی	
۱			
۲			
۳			

۹- اگر واکسن یا واکسن هایی در طی چهار هفته قبل دریافت نموده است، در این قسمت ذکر نمایید:							
نام واکسن	کارخانه سازنده	شماره سریال واکسن	شماره سریال حلال	تاریخ انقضاء	روش و محل تلقیح (سمت راست یا چپ)	تعداد دوزهای دریافتی قبلی	تاریخ دریافت
							۱
							۲
							۳
<b>۱۰- نحوه نگهداری و تزریق واکسن:</b>							
حمل و نقل واکسن: <input type="checkbox"/> مطلوب <input type="checkbox"/> نامطلوب							
نگهداری واکسن: <input type="checkbox"/> مطلوب <input type="checkbox"/> نامطلوب							
رعایت استریلیزاسیون در حین تزریق: <input type="checkbox"/> مطلوب <input type="checkbox"/> نامطلوب							
حلال مناسب: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر							
میزان دوز تزریق شده: <input type="checkbox"/> مطلوب <input type="checkbox"/> نامطلوب							
<b>۱۱- آیا گزارش مشابهی از عارضه فوق با دریافت واکسن از همان ویال در آن شهرستان بوجود آمده است ؟</b>							
خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> توضیح:							
<b>۱۲- آیا گزارشی مشابه با عارضه فوق بدون دریافت واکسن در آن شهرستان گزارش شده است ؟</b>							
خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> توضیح:							
<b>۱۳- طبقه بندی:</b> پس از بررسیهای انجام یافته، عارضه واکسن را مربوط به کدامیک از موارد زیر می دانید؟							
<input type="checkbox"/> طبقه بندی توسط کمیته شهرستانی AEFI (موارد جدی یا serious) ثبت کد (مثلاً B):							
<input type="checkbox"/> طبقه بندی توسط کمیته دانشگاهی AEFI (موارد جدی یا serious) ثبت کد (مثلاً C):							
<b>(A) خطای ایمن سازی</b>							
<input type="checkbox"/> ۱- تزریق غیر استریل							
<input type="checkbox"/> ۲- آماده سازی غیر صحیح واکسن							
<input type="checkbox"/> ۳- تکنیک / محل تزریق							
<input type="checkbox"/> ۴- نگهداری واکسن							
<input type="checkbox"/> ۵- حمل و نقل واکسن							
<input type="checkbox"/> ۶- سایر موارد توضیح:							
<b>(B) واکنش مربوط به واکسن</b>							
<input type="checkbox"/> ۱- مربوط به ماهیت واکسن (واکنش شناخته شده در حد انتظار واکسن)							
<input type="checkbox"/> ۲- مشکل کیفی تولید واکسن (در سطح کشوری تعیین می شود)							
<input type="checkbox"/> <b>(C) همزمانی و بی ارتباط با واکسیناسیون</b>							
توضیح:							

<input type="checkbox"/> (D) پیامد مربوط به اضطراب ناشی از ایمن سازی
توضیح:
<input type="checkbox"/> (E) غیر قابل طبقه بندی
توضیح:
<input type="checkbox"/> (F) نامشخص
توضیح:

## پیوست شماره ۲

در جدول ذیل فاصله زمانی معمول بین واکسیناسیون و بروز عارضه محتمل ارائه شده است .

عارضه محتمل	زمان بروز پس از دریافت واکسن
جیع کشیدن ممتد (بیش از ۳ ساعت) بعد از واکسن ثلاث یا پنجگانه تمام سلولی	معمولاً بلافاصله پس از دریافت واکسن و تا ۴۸ ساعت بعد از واکسیناسیون . اگرچه میتواند حتی بعد از ۴۸ ساعت رخ دهد.
سپسیس (Sepsis) (بعد از هر واکسن تزریقی)	تا ۷ روز بعد از دریافت واکسن
تشنج شامل تشنج تبادار	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بعد از واکسن سرخک / ام ام آر</li> <li>• بعد از واکسن ثلاث تمام سلولی</li> </ul>
عارضه موضعی شدید (بعد از هر واکسن تزریقی)	طی ۷ روز بعد از دریافت واکسن
ترومبوسیتوپنی (بعد از واکسن سرخک / ام ام آر)	متوسط ۲۵-۱۲ روز بعد ولی دامنه ۸۳-۱ روز هم داشته
سندرم شوک توکسیک (TSS) (بعد از واکسن سرخک / ام ام آر)	معمولاً طی ۷۲ ساعت بعد از واکسیناسیون
<ul style="list-style-type: none"> <li>• مرگ</li> <li>• بستری</li> <li>• ناتوانی / معلولیت</li> <li>• سایر عوارض شدید و غیر معمول که توسط کارکنان بهداشتی یا جامعه به واکسیناسیون نسبت داده شود</li> </ul>	محدوده زمانی مشخصی ندارد ، ولی معمولاً طی ۳۰ روز بعد از دریافت هر واکسن