

6- نحوه گزارش دهی در سیستم مراقبت AEFI (در سال 1389)

اگر فردی پس از انجام واکسیناسیون، مراجعه نمود و عارضه‌ای را به واکسیناسیون ارتباط داد، آن علامت را عارضه تلقی و گزارش نمائید.

فرم های گزارش دهی :

فرم شماره یک : لیست خطی موارد عوارض ناشی از واکسیناسیون ؛
فرم شماره دو : فرم انفرادی گزارش دهی عوارض ناشی از واکسیناسیون ؛
فرم شماره سه : فرم بررسی عوارض ناخواسته ناشی از واکسیناسیون ؛
*باتوجه به گزارش موارد AEFI از طریق فرمهای سیستم مراقبت AEFI ، از ابتدای سال 1389 ستون "عارضه جانبی ناشی از واکسن" در فرم "گزارش ماهانه موارد بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن" حذف می گردد .

چه عوارضی باید گزارش شوند؟

1. کلیه شوک‌هایی که در مدت 24 ساعت پس از واکسیناسیون بروز نمایند.
2. کلیه آبسه‌های محل تزریق واکسن که در مدت 72 ساعت پس از واکسیناسیون به وجود آیند.
3. لنفادنیت‌های ناشی از واکسن BCG که در هر زمان پس از تزریق واکسن ایجاد شوند باید با ذکر مدت زمان پس از واکسیناسیون ، گزارش شوند.
4. عارضه موضعی شدید که در مدت 72 ساعت پس از واکسیناسیون به وجود آیند.
5. تب بالاتر از 38/5 درجه سانتیگراد زیر بغلی که در مدت 72 ساعت پس از واکسیناسیون بروز نماید.
6. فلجی که در مدت یک ماه پس از دریافت هر نوع واکسن به ویژه واکسن فلج اطفال ایجاد شود.
7. تشنج
8. درد مفاصل (آرتراژی) که متعاقب واکسیناسیون به وجود آید.
9. جیغ زدن مداوم یا بی‌قراری که بیش از سه ساعت به طول انجامد.
10. استفراغ مکرر
11. کلیه موارد مرگ که در فاصله 4 هفته پس از واکسیناسیون اتفاق افتد و هیچ بیماری خاص یا دلیل قابل قبول دیگری برای آن ، وجود نداشته باشد .
12. سایر رویدادهای غیرمعمول در مدت چهار هفته پس از واکسیناسیون که تصور می‌شود مربوط به واکسیناسیون باشد.
13. سایر عوارض و واکنش‌هایی از قبیل حساسیت‌های پوستی، کاهش سطح هوشیاری، تنگی نفس، بی‌قراری، تورم غدد بناگوشی و..... که بعد از انجام واکسیناسیون بروز نمایند.

درچه فاصله‌ای پس از اطلاع از عارضه، باید مورد را گزارش نمایید؟

الف) عوارض زیر، عوارض فوری تلقی می‌شوند و باید بلافاصله و حداکثر در مدت 24

ساعت پس از اطلاع، گزارش شوند :

- کلیه موارد مرگ ناشی از واکسیناسیون ؛
- کلیه موارد بستری شدن در بیمارستان به علت عارضه ناشی از واکسیناسیون ؛
- کلیه آبسه‌های محل تزریق ؛
- سایر عوارض در صورت ایجاد نگرانی در جامعه.
- هرگونه عارضه که به صورت خوشه بروز نماید .

نحوه گزارش‌دهی موارد :

از ابتدای سال 1389 کلیه موارد اعم از فوری و غیرفوری طبق لیست خطی (فرم شماره یک) تنظیم و درپورت ثبت گردند .

الف : نحوه گزارش‌دهی موارد فوری

1- حداکثر در مدت 24 ساعت ، موارد را طبق لیست خطی موارد عوارض ناشی از واکسیناسیون (فرم شماره یک) جمع آوری و در فرم "ورود اطلاعات مراقبت AEFI" در قسمت ایمن سازی پورت به آدرس <http://port.health.gov.ir/mfdc/epi/immunization> ثبت گردد .

2- فرم شماره 2 تکمیل گردد.

2- حداکثر تا 48 ساعت بررسی انجام و فرم بررسی (فرم شماره 3) تکمیل گردد .

3- تشکیل کمیته عوارض پس از ایمنسازی شهرستان و دانشگاه و طبقه بندی با توجه به اطلاعات حاصله از فرم بررسی و بررسی مدارک موجود (پرونده بیمارستان و) برای موارد فوت و سایر موارد شدیدی که شکواییه داشته و یا برحسب صلاحدید درجهت اصلاح برنامه بایستی در کمیته مطرح شوند . ارسال صورتجلسه کمیته مذکور به مرکز مدیریت بیماریها

4- ارسال فرم بررسی و صورتجلسه کمیته عوارض ناخواسته ایمنسازی شهرستانی و دانشگاهی و پرونده کامل بیمارستانی (در صورت بستری شدن) در اولین فرصت و نهایتاً تا پایان ماه گزارش مورد . با توجه به اهمیت اقدام سریع در مواقع گزارش مورد فوت ، نتایج اولیه بررسی موارد منجر به فوت شامل شرح حال و تعیین تاریخ و زمان بروز واکنش /واکنش ها ، بیماریهای زمینه ای قبلی و ترجیحاً فرم بررسی تکمیل شده را به مرکز مدیریت بیماریها ارسال نمایید و نهایتاً در اولین فرصت و به محض تکمیل سایر مستندات شامل صورتجلسه کمیته دانشگاه ، شهرستان ، پرونده بیمارستانی و آزمایشات جهت طرح در کمیته کشوری اقدام فرمایید .

ب) عوارض غیرفوری :

عوارض غیرفوری باید پس از دریافت گزارش ، درپورت ثبت شوند . نحوه گزارش دهی موارد اعم از فوری و غیر فوری به شرح ذیل است :

1- برای هر بیمار دارای عارضه غیرفوری یک فرم انفرادی گزارش عارضه ناشی از واکسیناسیون (فرم شماره دو) و یک فرم لیست خطی (شماره یک) تکمیل و مطابق فرآیند گزارش‌دهی، به مرکز بهداشت شهرستان ارسال گردد . چنانچه مورد عارضه فوری تلقی گردید علاوه بر فرمهای مذکور فرم شماره سه نیز تکمیل و ارسال گردد .

2- کلیه موارد ارسالی (فوری و غیرفوری) از مراکز در مراکز بهداشت شهرستان طبق لیست خطی موارد عوارض ناشی از واکسیناسیون (فرم شماره یک) تنظیم و به مرکز بهداشت دانشگاه ارسال تا درپورت ثبت گردد (چنانچه دسترسی شهرستانی وجود ندارد) و فرم شماره سه (در صورت فوری بودن مورد و تکمیل شدن) و یک نسخه از فرم های شماره 1 ، 2 و 3 در مرکز بهداشت شهرستان نگهداری گردد .

3- فرم بررسی (شماره 3) موارد فوری در طول ماه گزارش‌دهی تکمیل و به مرکز بهداشت شهرستان و دانشگاه ارسال تا جمع آوری و به مرکز مدیریت بیماریها ارسال گردد .

نحوه تکمیل فرم شماره یک :

در قسمت‌های 1 تا 12 این فرم، موارد ذیل را به ترتیب، ثبت نمائید.

1. نام استان

2. نام دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ؛

3. تاریخ ارسال گزارش ؛
4. نام شهرستان ؛
5. نام و نام خانوادگی بیمار ؛
6. جنسیت بیمار را ثبت نمایید. مذکر یا مؤنث
7. نوع گزارش فوری یا غیر فوری ثبت شود ؛
8. بستری : چنانچه مورد در بیمارستان بستری است / بوده است گزینه بلی در غیر این صورت گزینه خیر را انتخاب نمایید .
9. 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
10. چنانچه سن کودک کمتر از یکسال است سن حاملگی را بنویسید و برحسب اینکه عدد مذکور هفته یا ماه حاملگی است ، ذکر نمایید . مثلاً 38 هفته یا 9 ماه
11. چنانچه سن کودک کمتر از یکسال است وزن زمان تولد را برحسب گرم بنویسید .
12. تاریخ تولد بیمار ؛
13. گروه سنی مورد را ثبت نمایید. مثلاً 5-1 سال
14. تاریخ ایمنسازی ؛
15. نوع واکنش را مطابق با علامت / علائم لیست شده در فرم شماره دو درج کنید ؛
16. نام واکنس / واکنش‌های دریافت شده راجع بنویسید ؛
17. شماره سریال واکنس / واکنش‌های دریافت شده ؛
18. کشور کارخانه سازنده واکنس ذکر شود (ایرانی -فرانسه -کره و.....)
19. تاریخ بروز (شروع) عارضه راجع بنویسید ؛
20. تاریخ مراجعه بیمار به مرکز گزارش دهنده.
21. عاقبت : یکی از موارد بهبودی -عارضه ماندگار - تحت درمان - فوت - نامشخص (در صورت تغییر مکان 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 .**
22. تشخیص نهائی بیماری (در موارد فوری که امکان درج تشخیص نهائی در هنگام گزارش وجود ندارد ، به محض تعیین در پورت و فرم‌های مربوطه ثبت و تکمیل گردد).
23. طبقه بندی عارضه شامل یکی از موارد 1-واکنش واکنس 2- اشتباه در برنامه (خطای برنامه) 3- همزمانی 4- واکنش تزریق 5- ناشناخته تعیین و درج گردد . در موارد فوری با توجه به برداشت اولیه در پورت ثبت گردد و در اولین فرصت و نهایتاً تا پایان ماه گزارشده‌ی اصلاح یا به همان صورت در پورت 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 غیر این صورت گزینه های دیگر را مثلاً واکنش واکنس و..... را انتخاب نمایید. بدیهی است در مورد موارد غیر فوری که در طول ماه ثبت میشوند پس از طبقه بندی قطعی ثبت و نیاز به بازنگری ندارند .
24. انجام بررسی: برای کلیه موارد فوری (مرگ ، بستری در بیمارستان ، هر نوع واکنش و مواردی که در جامعه ایجاد نگرانی کرده و بروز خوشه عوارض) فرم بررسی تکمیل و تا پایان ماه گزارشده‌ی به مرکز مدیریت بیماریها ارسال گردد. در این 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

2، بلی پاسخ داده شده است نیز درپورت گزینه بلی انتخاب ودرج گردد . بدیهی است یک نسخه از فرم بررسی کلیه مواردی که انجام بررسی درمورد آنها علامت زده شده است درمراکزبهداشت شهرستان مربوطه ودانشگاه بایستی نگهداری گردد .(همانگونه که در بالا ذکرشد فقط یک نسخه از فرم بررسی

موارد فوری بایستی به مرکزمدیریت بیماریها ارسال گردد)

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

26 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 :

1. در قسمت "نوع واحد گزارش دهنده"، عنوان مرکز انجام واکسیناسیون را، علامت بزیند (بهعنوان مثال، خانه بهداشت و یا بیمارستان)
 2. در قسمت "نام محل واکسیناسیون"، نام مرکز مربوطه را ذکر نمایید و سپس نام شهرستان، شهر و یا روستا را وارد کنید.
 3. در قسمت، "مشخصات فردی" نام، نامخانوادگی 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 .
 4. در قسمت مشخصات واکسن ، نوع و مشخصات واکسن/ واکسنهای دریافتی توسط بیمار را طبق جدول، تکمیل کنید.
 5. در قسمت "عوارض مشاهده شده"، هر یک از عارضه‌های مشاهده شده در بیمار را در ستون مربوطه باعلامت ضربدر مشخص نمائید . 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 ویا تغییر آشکار رفتاری را داشت در قسمت سندرمیک انسفالوپاتی علامت زده شود .
 6. در این قسمت چنانچه عارضه منجر به بستری شدن در بیمارستان شده گزینه بلی ودرغیر اینصورت گزینه خیر را علامت بزیند.
 7. در قسمت "عاقبت بیمار" اگر عارضه کاملاً برطرف شد و حالت بالینی فرد به حالت قبل از تزریق واکسن بازگشت، گزینه "بهبود" را علامت بزیند.
- اگر حال بیمار تحت درمان ودر جهت بهبودی است و برطرف شدن کامل عارضه زمان می برد ، گزینه "تحت درمان" را علامت بزیند.

- اگر بیمار در فاصله 4 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.
- اگر بیمار در اثر تزریق واکسن، دچار عوارض پایدار (مثلاً فلج) گردید، "عارضه ماندگار" را علامت بزنید.
- اگر دسترسی به بیمار برای تعیین عاقبت عارضه بدلائل مختلف (تغییر مکان و.....) امکان پذیر نشد گزینه "نامعلوم" را علامت بزنید.
- 7- در قسمت 7 مشخصات گزارشگر را شامل نام و نام خانوادگی - سمت و شماره تلفن تکمیل فرمائید .
- 8- در قسمت 8 تاریخ گزارش را تکمیل و امضا نمائید .
- 9- قسمت بخش پیگیری در مرکز بهداشت مسئول واحد گزارش دهنده طبق روند گزارشدهی تکمیل گردد .

نحوه تکمیل فرم شماره سه :

در قسمت 1 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، شماره‌ای که سریعترین امکان تماس با پزشک پیگیری کننده را مقدور می‌سازد، وارد کنید. شماره نامبر و آدرس پزشک پیگیری کننده را نیز یادداشت نمائید.

در قسمت 2 (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 3 (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 نمائید .

در قسمت 4 (مشخصات عارضه)، علائم و نشانه‌های عارضه را تعیین نمائید و در شرح حالی که می‌نویسید (فوکال پوینت AEFI) مشخص کنید که هرکدام از علائم چه مدت به طول انجامیده و سپس با توجه به مشکلات بیمار، تشخیص نهایی را در مقابل قسمت 14 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. (به عنوان مثال: اگر کودکی در ساعت 10 صبح، واکسن سیاه سرفه را دریافت کرده و در ساعت 8 شب، دچار گریه بیش از حد و بی‌قراری شده است، در مقابل فاصله زمانی، 10 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 به منظور 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.

در قسمت 5 (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 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 6 (پیامد عارضه)، اگر بیمار در اثر عارضه به وجود 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 بزنیید. اگر عارضه پس از مدتی به صورت کامل رفع گردیده است و حال عمومی بیمار، مشابه زمان قبل از تزریق واکسن شده است، گزینه بهبود را علامت بزنیید. اگر دسترسی به بیمار برای تعیین عاقبت عارضه بدلائل مختلف (تغییر مکان و.....) امکان پذیر نشد گزینه "نامعلوم" را علامت بزنیید. اگر برای بیمار حالتی جدا از موارد فوق به وجود آمده، سایر موارد را علامت بزنیید و در قسمت توضیحات به طور کامل ، تشریح کنید.

در قسمت 7 (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 و سن بروز و نوع واکسن و شماره نوبت واکسن را ذکر فرمائید.

در قسمت 8 (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، تاریخ انقضاء واکسن، ناحیه‌ای از بدن را که تزریق در آنجا انجام گرفته است (به عنوان مثال عضله بازو یا ران)، روش تزریق (به عنوان مثال: تزریق جلدی و یا زیرجلدی)، همچنین تعداد دفعات قبلی که بیمار واکسن مربوطه را دریافت نموده است، تعیین کنید.

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

در قسمت 9 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 و تاریخ انقضاء، یادداشت کنید.

در قسمت 10 (نحوه نگهداری و تزریق واکسن)، به منظور پرکردن این قسمت، شرایط نگهداری، حمل و نقل و تزریق واکسن را به دقت 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 دوز تزریق شده به فردی که در اثر واکسن دچار عارضه شده است، دوز مناسب و توصیه شده برای واکسن مذکور بوده است یا خیر؟

در قسمت 11 در مورد وجود گزارش مشابهی از عارضه فوق از همان ویال واکسن در آن شهرستان بررسی و نتیجه را در قسمت خیر یا بلی علامت بزنیید و در صورت نیاز توضیح بیشتر مرقوم فرمائید.

در قسمت 12 در مورد وجود گزارش مشابه با عارضه فوق بدون دریافت واکسن در آن شهرستان بررسی و نتیجه را در قسمت خیر یا بلی علامت بزنیید و در صورت نیاز توضیح بیشتر مرقوم فرمائید.

در قسمت 13 (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 برنامه" 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 تزریق" طبقه بندی نمائید. چنانچه عارضه حاصله جز هیچیک از طبقه بندی های بالا نباشد و بدلائل ناشناخته ایجاد شوند، عارضه را "ناشناخته" طبقه بندی نمائید.

در قسمت 14 باتوجه به شرح حال، تشخیص نهایی بیماری توسط پزشک بررسی کننده، ثبت گردد.

در قسمت 15 نظریه نهایی کمیته شهرستانی AEFI، در صورتیکه تشخیص نهایی عارضه توسط پزشک بررسی کننده مقدر نباشد، مراتب در کمیته شهرستانی، مطرح و تصمیم گیری شود.

در قسمت 16 نظریه نهایی کمیته دانشگاهی AEFI، در صورتیکه تشخیص نهایی عارضه در کمیته شهرستانی مقدر نگردد، مراتب در کمیته دانشگاهی مطرح و تصمیم گیری شود.

به خاطر داشته باشیم :

- کارکنان بهداشتی سطوح محیطی، ممکن است موارد AEFI را به دلایل ذیل گزارش نکنند :
- **بی توجهی** : به مسئله ارتباط ایمن سازی و پیامد نامطلوب حاصل از آن، توجه نمی کنند.
- **بی اطلاعی** : از مراحل و سیستم گزارش دهی، اطلاعی ندارند.
- **بی علاقگی** : این مسئله برای آنها جالب توجه نیست و به فرم گزارش دهی دقت نکرده اند.
- **ترس** : از اینکه گزارش عارضه منجر به توبیخ شود، می ترسند.
- **احساس تقصیر (مقصر بودن)** : خود را در بروز این عارضه و پیامد نامطلوب، مقصر می دانند.
- **عدم اعتماد به نفس** : از داشتن ارتباط پیامد نامطلوب گزارش شده با واکسن زده شده، مطمئن نیستند.

توجه داشته باشید : در صورت بروز عارضه پس از واکسنهای غیرروتین مانند مننژیت، هاری و این عوارض نیز مشمول گزارشدهی می گردند. لذا مراتب باید به نحو مقتضی ضمن آموزشهای لازم به پرسنل بخش دولتی به سایر ارگانهایی که در واکسیناسیون نقش دارند مانند مطب های خصوصی، بیمارستانهای خصوصی، ارتش، سازمان تامین اجتماعی و رسانده شود.