

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

<p>2</p> <p>مشخصات مکان تلقیح واکسن</p> <p>نام مکان تلقیح واکسن:</p> <p>نام واکسیناتور:</p> <p>آدرس:</p> <p>تلفن:</p>	<p>1</p> <p>دانشکده/دانشگاه:</p> <p>تاریخ تکمیل فرم:</p> <p>شماره تلفن:</p> <p>آدرس:</p> <p>شهرستان:</p> <p>نام پزشک بررسی کننده:</p> <p>شماره نمابر:</p>
<p>3- مشخصات بیمار:</p> <p>نام و نام خانوادگی: نام پدر:</p> <p>سن حاملگی: ماه/هفته وزن زمان تولد: گرم جنس: <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> ملیت:</p> <p>تاریخ تولد: روز ماه سال</p> <p>آدرس: تلفن:</p>	
<p>4- مشخصات عارضه:</p> <p>شرح علائم، نشانه ها و طول مدت هر یک از عوارض ناشی از واکسن:</p>	
<p>تاریخ انجام واکسیناسیون: ساعت روز ماه سال</p> <p>تاریخ شروع عارضه: ساعت روز ماه سال</p> <p>فاصله زمانی بین انجام واکسیناسیون و شروع عارضه: ساعت روز هفته ماه</p> <p>اقدامات انجام شده جهت رفع عارضه:</p> <p>نوع درمان: کد 1 (یعنی بستری بدون دریافت درمان دارویی) <input type="checkbox"/> کد 2: درمان دارویی <input type="checkbox"/> کد 3 (جراحی) <input type="checkbox"/></p> <p>5- 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 ترخیص:</p> <p>6- پیامد عارضه:</p> <p><input type="checkbox"/> بیمار فوت کرده است (تاریخ فوت:)</p> <p><input type="checkbox"/> عارضه ماندگار</p> <p><input type="checkbox"/> بهبود</p> <p><input type="checkbox"/> تحت درمان</p> <p><input type="checkbox"/> نامعلوم</p> <p><input type="checkbox"/> سایر موارد توضیحات:</p>	
<p>7- آیا سابقه قبلی عارضه ناشی از واکسن در بیمار یا بستگان نزدیک او وجود دارد؟</p> <p>اگر بلی: نوع عارضه سن بروز عارضه نوع واکسن شماره نوبت واکسن نسبت با بیمار</p>	

8- مشخصات واکسن یا واکسن هایی را که در روز انجام واکسیناسیون دریافت نموده است به شرح زیر ذکر نمایید:

1-	نوع واکسن	کارخانه سازنده	شماره سریال	تاریخ انقضاء	روش و محل تلقیح (سمت راست یا چپ)	تعداد دوزهای مصرفی قبلی واکسن
2-						
3-						
4-						

9- اگر واکسن یا واکسن هایی در طی چهار هفته قبل دریافت نموده است، در این قسمت ذکر نمایید:

1-	نوع واکسن	کارخانه سازنده	شماره سریال	تاریخ انقضاء	روش و محل تلقیح	تعداد دوزهای مصرفی قبلی	تاریخ دریافت
2-							
3-							

10- نحوه نگهداری و تزریق واکسن:

* زنجیره سرد واکسیناسیون:

1- حمل و نقل واکسن: مطلوب نامطلوب

2- نگهداری واکسن: مطلوب نامطلوب

* رعایت استریلیزاسیون در حین تزریق: مطلوب نامطلوب

* حلال مناسب: بلی خیر

* میزان دوز تزریق شده: مطلوب نامطلوب

11- آیا گزارش مشابهی از عارضه فوق با دریافت واکسن از همان ویال در آن شهرستان بوجود آمده است ؟

خیر بلی توضیح:

12- آیا گزارشی مشابه با عارضه فوق بدون دریافت واکسن در آن شهرستان گزارش شده است ؟

خیر بلی توضیح:

13- طبقه بندی :

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

(A) اشتباه در برنامه واکسیناسیون (Programme Error) :

1- تزریق غیر استریل

2- آماده سازی غیر صحیح واکسن

3- تکنیک / محل تزریق

4- نگهداری واکسن

5- حمل و نقل واکسن

6- سایر موارد توضیح:

(B) واکنش مربوط به خود واکسن:

1- واکنش شناخته شده در حد انتظار واکسن

2- سایر موارد

(C) عارضه به دلیل وجود یک عامل مستعد کننده، همزمان با واکسیناسیون بوجود آمده:

1- ناشی از داروهای همزمان استفاده شده توضیح:

2- ناشی از سایر واکنشهای تزریق شده در همان روز توضیح:

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

4- ناشی از بیماری دیگری در فرد بود توضیح:

5- سایر موارد توضیح:

(D) عارضه به دلیل واکنش تزریقات بوجود آمده است

(E) ناشناخته

14- تشخیص نهایی بیماری توسط پزشک بررسی کننده :

15- نظریه نهایی کمیته شهرستانی AEFI :

16- نظریه نهایی کمیته دانشگاهی AEFI :