

فرم شماره یک: لیست خطی موارد عوارض ناشی از واکسیناسیون

۱- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فارس

۲- تاریخ ارسال گزارش :/...../.....

۳- نام و نام خانوادگی	۴- شهرستان	۵- نوع واحد گزارش دهنده *	۶- تاریخ تولد	۷- تاریخ ایمنسازی	۸- نوع واکنش	۹- واکسن/ واکسن های دریافت شده	۱۰- شماره سریال	۱۱- کارخانه سازنده **	۱۲- تاریخ بروز	۱۳- تاریخ مراجعه	۱۴- بستری (بلی/خیر)	۱۵- عاقبت ***	۱۶- تشخیص نهایی	۱۷- طبقه بندی

* نوع واحد گزارش دهنده: خانه بهداشت، مرکز شهری، پایگاه و ... ** کارخانه سازنده (ایرانی، فرانسه، کره و ...) ** عاقبت (شامل یکی از موارد بهبود، تحت درمان، عارضه ماندگار، فوت، نامعلوم)

نام و نام خانوادگی مسئول AEFI امضاء