

فرم شماره ۲ گزارش AEFI: فرم انفرادی گزارش دهی عوارض ناشی از واکسیناسیون

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

۱- واحد گزارش دهنده:

خانه بهداشت مرکز بهداشتی درمانی شهری مرکز بهداشتی درمانی روستایی زایشگاه
 پایگاه بهداشتی بخش خصوصی تیم سیار بیمارستان
 سایر موارد: خانواده کودک

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

۳- نام و نام خانوادگی بیمار: نام پدر: ملیت: مونث مذکر
 تاریخ تولد: روز ماه سال جنس: مذکر مونث
 آدرس: شماره تلفن:

۴- مشخصات واکسن:

نوع واکسن	تاریخ واکسیناسیون	شماره سریال	کارخانه سازنده	تاریخ انقضاء
ب ث ز BCG				
فلج اطفال				
ثلاث				
توأم بزرگسال				
ام ام ار MMR				
هپاتیت ب				
سایر				

۵- عوارض مشاهده شده:

الف: این قسمت توسط کارمند بهداشتی تکمیل گردد	ب- این قسمت توسط پزشک تکمیل گردد	
علامتی	علامت بزئید	تاریخ بروز
آبسه در محل تزریق		سنדרم میک (علتی): چنانچه مجموعه چند علائم از قسمت الف (علامتی) پزشک را به تشخیص یک سنדרم می رساند این قسمت تکمیل گردد. <input type="checkbox"/> سنדרم شوک توکسیک <input type="checkbox"/> آنسفالوپاتی <input type="checkbox"/> آنسفالیت <input type="checkbox"/> سایر موارد (توضیح دهید)
لنفادنیت		
عارضه موضعی شدید		
فلج (۳۰ روز بعد از واکسیناسیون)		
تشنج		
تب بالا		
کاهش سطح هوشیاری		
حساسیت پوستی		
جیغ زدن مداوم یا بی قراری		
شوک		
اسهال شدید آبکی		
درد مفاصل		
استفراغ مکرر		
تنگی نفس		
سایر موارد		

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

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

۷- مشخصات گزارشگر: نام و نام خانوادگی: سمت: تلفن:
 ۸- تاریخ گزارش: امضاء:

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

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

۱- دانشکده/دانشگاه : تاریخ تکمیل فرم: شماره تلفن: آدرس:		شهرستان: نام پزشک بررسی کننده: شماره نمابر:		۲- مشخصات مکان تلقیح واکسن: نام مکان تلقیح واکسن: نام واکسیناتور: آدرس: تلفن:	
۳- مشخصات بیمار: نام و نام خانوادگی: جنس: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> آدرس:		نام پدر: ملیت:		تاریخ تولد: روز ماه سال تلفن	
۴- مشخصات عارضه: شرح علائم ، 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:					
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 :					
۶- پیامد عارضه: <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"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> سایر موارد توضیحات:					
۷- آیا سابقه قبلی عارضه ناشی از واکسن در بیمار یا بستگان نزدیک او وجود دارد؟ اگر بلی : نوع عارضه سن بروز عارضه نوع واکسن شماره نوبت واکسن نسبت با بیمار بیمار بستگان					
۸- مشخصات واکسن یا واکسنهایی 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 تزریق تعداد دوزهای مصرفی قبلی					
۹- اگر واکسن یا واکسنهایی در طی چهار هفته قبل دریافت نموده است در این قسمت ذکر نمایید: نوع واکسن کارخانه سازنده شماره سریال تاریخ انقضاء روش و محل تزریق تعداد دوزهای مصرفی قبلی تاریخ دریافت					

۱۰- نحوه نگهداری و تزریق واکسن:

زنجیره سرد واکسیناسیون:

۱- حمل و نقل واکسن: مطلوب نامطلوب

۲- نگهداری واکسن: مطلوب نامطلوب

رعایت استریلیزاسیون 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 گزارش 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 را مربوط به کدامیک از موارد زیر می دانید؟

A اشتباه در برنامه واکسیناسیون (Program Error)

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 حد انتظار واکسن

۲- سایر موارد

C عارضه به دلیل به وجود یک عامل مستعدکننده همزمان با واکسیناسیون بوجود آمده است:

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 به دلیل 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: