**فرم ورود اطلاعات عوارض ناشی از واکسن – مرکز بهداشت شهرستان مرودشت**

**مرکز بهداشتی درمانی : خانه بهداشت / پایگاه سلامت : ماه: سال:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام ونام خانوادگی** | **نام پدر** | **تاریخ تولد** | **ملیت** | **تاریخ ایمن سازی** | **تاریخ بروز** | **تاریخ مراجعه** | **نوع گزارش** | **نوع واکنش ایجاد شده****\*** | **نوع واکسن دریافتی** | **شماره سریال** | **کشور سازنده** | **محل تزریق \*\*** | **واکسن محتمل بروز عارضه** | **وضعیت درمان \*\*\*** | **عاقبت \*\*\*\*** | **آدرس و تلفن بیمار** |
| **فوری** | **غیر فوری** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**\* نوع واکنش ایجاد شده : بثورات جلدی ماکولوپاپولر-عارضه موضعی شدید-التهاب درد مفاصل-کاهش سطح هوشیاری –عفونت ب.ث.ژ منتشر-لنفادنیت-تب-فلج اندام-آبسه چرکی-آبسه استریل-عارضه موضعی-واکنشهای حساسیتی-آنا فیلاکسی –جیغ کشیدن مداوم-تشنج-آنسفالیت-مننژیت-اسهال-استفراغ-شوک/غش-سایر علائم**

**\*\*محل تزریق : پای چپ- پای راست -دست چپ- دست راست**

**\*\*\* وضعیت درمان : غیر بستری بدون درمان دارویی-غیر بستری با درمان دارویی-بستری بدون درمان دارویی -بستری با درمان دارویی-جراحی**

 **\*\*\*\* عاقبت : بهبود-فوت-تحت درمان-تحت نظر-عارضه ماندگار-نامشخص**

 **تاریخ تکمیل فرم : نام و امضاء تکمیل کننده : نام و امضاء مسئول واحد :**