فرم شماره یک : لیست خطی موارد عوارض ناشی از واکسیناسیون

۱– دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل –– مرکز بهداشت شهرستان اردبیل ۲– تاریخ ارسال گزارش

ردیف	شهرستان	نام و نام خانوادگی	جنس	نوع گزارش (فوری/غیرفوری)	بستری(بلی/خیر)	نوع واحد گزارش دهنده۱	سن حاملگی(هفتهه/ماه)	وزن زمان تولد (گرم)	تاری خ تولد	گروه سنی	تاریخ ایمنسازی	نوع واکنش	واکسن / واکسن های دریافت شده	شماره سریال	کارخانه سازنده۲	تاریخ بروز	تاریخ مراجعه	عاقبت ۳	تشخیص نهایی	طبقه بندی	انجامبررسی (بلی/خیر)	تاریخ تکمیل فرم بررسی	خوشه (بلی/خیر)	اقدامات انجام یافته
												–	–	–										

مرکز بهداشت شهرستان اردبیل

۱–نوع واحدگزارش دهنده:خانه بهداشت ، مرکز شهری ،پایگاه و ... ۲– کارخانه سازنده :ایرانی ، فرانسه ، کره و ... ۳–عاقبت: بهبود ، تحت درمان ، عارضه ماندگار ، فوت ، نامعلوم

نام و نام خانوادگی مسئول AEFI مرکز بهداشت شهرستان اردبیل.................... امضا