|  |  |
| --- | --- |
| **وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی – مرکز مدیریت بیماریها** کد فرم 105 | |
| **شهرستان ....................... دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ................. ماه .............. سال .............** | |
| نوع واحد : خانه بهداشت 🞅 تیم سیار 🞅 پایگاه بهداشتی 🞅 بیمارستان و زایشگاه 🞅 م ب د شهری 🞅 | نام واحد ......................... |

1- آمار ایمنســازی

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| گروه سنی | زیر یکسال | یکساله  23-12 ماهه | 2 سال به بالا | جمع |  | گروه سنی | زیر  یکسال | | | یکساله  23-12 ماهه | | | 2 سال و بیشتر | جمع | |
| آنتی ژن | آنتی ژن |
| ب.ث.ژ |  |  |  |  | ام . ام . آر 1 |  | | |  | | |  |  | |
| ام . ام . آر 2 |  | | |  | | |  |  | |
| فلج اطفال خوراکی صفر |  |  |  |  | هپاتیت ب 1 | 24 ساعت اول | بعد از  24 ساعت | |  | | |  |  | |
| فلج اطفال خوراکی یک |  |  |  |  |  |  | |
| هپاتیت 2 |  | | |  | | |  |  | |
| فلج اطفال خوراکی 2 |  |  |  |  |
| هپاتیت 3 |  | | |  | | |  |  | |
| فلج اطفال خوراکی 3 |  |  |  |  |
| فلج اطفال تزریقی |  | | |  | | |  |  | |
| فلج اطفال خوراکی یادآور 1 |  |  |  |  |
| مننژیت |  | | |  | | |  |  | |
| فلج اطفال خوراکی یادآور 2 |  |  |  |  |
| آمار واکسیناسیون کزاز یا توام بزرگسال | | | | | | | | | |
| پنتاوالان 1 |  |  |  |  |
| پنتاوالان 2 |  |  |  |  | گروه سنی | زنان غیر باردار  49-15 ساله | | زنان باردار | | دانش آموزان | سایر گروهها سنی و جنسی | | | جمع | |
| آنتی ژن |
| پنتاوالان 3 |  |  |  |  | کزاز یا توام 1 |  | |  | |  |  | | |  | |
| سه گانه یادآور 1 |  |  |  |  | کزاز یا توام 2 |  | |  | |  |  | | |  | |
| سه گانه یادآور 2 |  |  |  |  | کزاز یا توام 3 |  | |  | |  |  | | |  | |
| توام خردسال 1 |  |  |  |  | کزاز یا توام 4 |  | |  | |  |  | | |  | |
| توام خردسال 2 |  |  |  |  | یادآور هر 10 سال یکبار |  | |  | |  |  | | |  | |
| توام خردسال 3 |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | |
| توام خردسال یادآور 1 |  |  |  |  |
| توام خردسال یادآور 2 |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| تاریخ تکمیل فرم : ............................. نام و امضاء تکمیل کننده فرم :. ......................... نام و امضاء مسئول واحد : ...................... |