|  |
| --- |
|  **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 | یکساله23-12 ماهه | 2 سال به بالا | جمع |  | گروه سنی | زیر یکسال  | یکساله23-12 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 باردار49-15 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 : ...................... |