گزارش ماهانه موارد مشکوک و محتمل بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن

 **شماره : ..............**

 **تاریخ : ..............**

**دانشگاه / دانشکده :......................**

**مرکز بهداشت شهرستان :................... سال : .................. ماه :..............**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام واحد | تعداد واحد موجود | تعداد واحدهایی که گزارش آن واصل شده است | مشکوک به فلج شل حاد | مشکوک به سرخک | مشکوک به سرخجه | مشکوک به سرخجه مادرزادی | مشکوک به کزاز نوزادی | دیفتری محتمل | سیاه سرفه محتمل |
| صفر | تعداد | صفر | تعداد | صفر | تعداد | صفر | تعداد | صفر | تعداد | صفر | تعداد | صفر | تعدا |
| 1 | بیمارستان دولتی وخصوصی  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | زایشگاه  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | فیزیوتراپی  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | مرکز بهداشتی و درمانی شهری  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | مرکز بهداشتی و درمانی روستایی  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | خانه بهداشت  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | تیم سیار  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | مطب پزشک  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | پایگاه بهداشتی  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | اردوگاه مهاجرین |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | سایر  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **نام و نام خانوادگی مسئول : امضاء**