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**