فرم شماره یک : لیست خطی موارد عوارض ناشی از واکسیناسیون

1- استان --------- 2- دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی -------- 3- تاریخ ارسال گزارش : -- -/----/--

4-شهرستان	5 -نام و نام خانوادگی	6-جنس	7-نوع گزارش	8-بستری	9-نوع واحد گزارش دهنده *	10-سن حداقل (هفته/ماه/سال)	11-وزن زمان تولد (گرم)	12 - تاریخ تولد	13-گروه سنی	14-تاریخ ایمنسازی	15-نوع واکسن	16 -اکسن/واکسنهای دریافت شده	17-شماره سریال	18-کارخانه سازنده **	19-تاریخ بروز	20-تاریخ مراجعه	21-عاقبت ***	22-تشخیص نهائی	23-طبقه بندی	24-انجام بررسی (بلی /خیر)	24-تاریخ تکمیل فرم بررسی	25-خوشه (بلی /خیر)	26-اقدامات انجام یافته

* نوع واحد گزارش دهنده : خانه بهداشت ، مرکزشهری –پایگاه و.... **کارخانه سازنده (ایران –هند-فرانسه –کره و.....) ** عاقبت (شامل یکی از موارد بهبود – تحت درمان – عارضه ماندگار- فوت – نامعلوم)

نام – نام خانوادگی مسئول AEFI ---------- امضاء -- ---------