**فرم شماره پنج-گزارش اطلاعات 3ماهه عوارض ناخواسته ایمن سازی**

**1-دانشگاه علوم پزشکی وخدمات درمانی استان گیلان - شبکه بهداشت ودرمان شهرستان فومن**

**2-سه ماهه اول............ سه ماهه دوم............. سه ماهه سوم …………… سه ماهه چهارم سال ----------**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3-تعداد کل AEFIگزارش شده برحسب عارضه** | **آبسه محل تزریق** |  |
| **لنفادنیت** |  |
| **فلج(تا30روز)** |  |
| **تشنج** |  |
| **تب بالا** |  |
| **کاهش هوشیاری** |  |
| **حساسیت پوستی** |  |
| **جیغ زدن مداوم** |  |
| **شوک** |  |
| **اسهال شدید آبکی** |  |
| **درد مفاصل** |  |
| **استفراغ مکرر** |  |
| **تنگی نفس** |  |
| **سندرم شوک توکسیک** |  |
| **انسفالوپاتی** |  |
| **آنسفالیت** |  |
| **تورم غددبناگوشی** |  |
| **تورم موضع تزریق** |  |
| **4-تعدادعوارضی که توسط مسیول AEFIشهرستان بررسی شده** |  |
| **5-تعداد عوارضی که توسط کمینه AEFIشهرستان بررسی شده** |  |
| **6-تعداد عوارضی که توسط کمیته دانشگاهی AEFI بررسی شده** |  |
| **7-تعداد عوارضی که جهت طرح درکمیته کشوری به مرکز مدیریت بیماریها ارسال شده** |  |
| **8-تعداد عوارضی که منجر به بستری شدن شده است** |  |
| **9-تعداد عوارض منجر به مرگ** | **تعداد کل گزارش شده** |  |
| **تعداد کل واکنش واکسن** |  |
| **10-تعداد پیامدهای غیرمعمول وخوشه ای** |  |
| **11-میزان عوارض ناخواسته ایمنسازی برحسب نوع واکسن** | **ب ث ژ** |  |
| **ثلاث** |  |
| **فلج اطفال** |  |
| **M.M.R** |  |
| **سایرواکسن ها** |  |
| **پنتاوالان** |  |
| **................** |  |
| **12-طبقه بندی موارد** | **واکنش واکسن** |  |
| **خطاهای برنامه ای** |  |
| **همزمانی** |  |
| **واکنش تزریقات** |  |
| **ناشناخته** |  |

**مسیول AEFI استان مدیرگروه پیشگیری ومبارزه بابیماریهای شهرستان**