

فرم گزارش ماهانه موارد بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن رده محیطی

همکار محترم:

- بیمارستان:

- فیزیوتراپی:

- مرکز بهداشتی درمانی شهری:

- مرکز بهداشتی درمانی روستایی:

- خانه بهداشت:

- مطب:

- تیم سیار:

- پایگاه بهداشتی:

- اردوگاه مهاجران:

ماه:..... سال:.....

خواهشمند است در صورت مشاهده موارد بیماریهای زیر مراتب را با ذکر مشخصات و نشانی دقیق به مرکز بهداشت متبوع خود گزارش فرمائید در صورت عدم مشاهده بیماری ذکر موارد صفر این بیماریها الزامی است.

موارد مظنون بیماری	تعداد موارد	موارد صفر	در صورت بروز موارد			نشانی
			نام و نام خانوادگی	سن	تاریخ بروز علائم	
فلج شل حاد						
سرخک						
سرخجه مادرزادی						
کزاز نوزادی						
دیفتری						
سیاه سرفه						
مننژیت						
عوارض جانبی ناشی از واکسن						

نام و نام خانوادگی فرد گزارش دهنده:.....

امضاء:.....