

وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - مرکز مدیریت بیماری های واگیر		کد: ۱۴,۰۲
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان		
شهرستان: _____		
نوع واحد: <input type="checkbox"/> خانه بهداشت <input type="checkbox"/> بیمارستان و زایشگاه	تیم سیار <input type="checkbox"/> پایگاه سلامت <input type="checkbox"/> مرکز سلامت جامعه شهری <input type="checkbox"/>	نام واحد: _____ ماه: _____ سال: _____ ملیت: _____

### ۱- آمار ایمنسازی

گروه سنی آنتی ژن	زیر یکسال	یکساله (۱۲-۲۳ ماه)	۲ سال و بیشتر		جمع
			۲۴ ساعت اول	بعد از ۲۴ ساعت	
MMR1					
MMR2					
هیپاتیت ۱					
هیپاتیت ۲					
هیپاتیت ۳					
پولیو تزریقی ۱					
پولیو تزریقی ۲					
مننژیت					

گروه سنی آنتی ژن	زیر یک سال	یک ساله (۱۲-۲۳) ماه	۲ سال و بیشتر	جمع
پولیو خوراکی ۰				
پولیو خوراکی ۱				
پولیو خوراکی ۲				
پولیو خوراکی ۳				
یادآور پولیو ۱				
یادآور پولیو ۲				
پنج گانه ۱				
پنج گانه ۲				
پنج گانه ۳				
یادآور سه گانه ۱				
یادآور سه گانه ۲				
توأم خردسال ۱				
توأم خردسال ۲				
توأم خردسال ۳				
توأم خردسال ۴				
توأم خردسال ۵				
یادآور توأم خردسال ۱				
یادآور توأم خردسال ۲				

### ۲- آمار واکسیناسیون توأم بزرگسال

جنس و سن آنتی ژن	زنان غیر باردار ۱۵-۴۹ ساله	زنان باردار	دانش آموز	سایر گروههای جنسی و سنی	جمع
توأم بزرگسال ۲					
توأم بزرگسال ۳					
توأم بزرگسال ۴					
توأم بزرگسال ۵					
یادآور (هر ۱۰ ساله یکبار)					

نام و امضای مسئول واحد:	نام و امضای تکمیل کننده:	تاریخ تکمیل فرم:
-------------------------	--------------------------	------------------

