

فرم شماره ۴ - پیامدهای نامطلوب واکسیناسیون کووید - ۱۹ (AEFIs) در مراکز توانبخشی مراقبتی

۱. نام فرد گزارش دهنده: ۲. نام مرکز:
۳. آدرس مرکز:
۴. شماره تلفن:

۵. نام و نام خانوادگی دریافت کننده واکسن:
۶. شماره ملی یا شماره شناسایی دیگر در صورت نداشتن شماره ملی:
۷. تاریخ تولد: (روز/ماه/سال) ۸. جنس: ۱. مرد ☐ ۲. زن ☐ ۹. ملیت

۱۰. گزارش فوری ☐ گزارش غیر فوری ☐

نکته: موارد مشمول گزارش دهی فوری شامل موارد ذیل، باید بررسی شوند:

- کلیه موارد مرگ ناشی از واکسیناسیون؛
 - کلیه موارد بستری شدن در بیمارستان به علت عارضه ناشی از واکسیناسیون؛
 - هرگونه عارضه که به صورت خوشه* بروز نماید؛
 - کلیه آبسه های محل تزریق؛
 - سایر عوارض در صورت ایجاد نگرانی در جامعه
- *بروز بیش از دو مورد موارد عارضه شدید یا جدی که در یک بازه زمانی، مکانی یا مرتبط با یک مجموعه ویال توزیع شده، بروز نماید (بعد از گزارش خوشه، نیاز به فرایند تحلیل خوشه و بررسی رخداد می باشد).

۱۱. نوبت مراقبت بعد از واکسن (بعنوان مثال: مراقبت ۶ ساعت بعد از واکسیناسیون / مراقبت روز دوم / ...)

۱۲. تاریخ گزارش عوارض: (روز/ماه/سال)

۱۳. آیا فرد در حال حاضر در قید حیات است: (۰) خیر ☐ (۱) بله ☐ (اگر خیر، عوارض قبل از بروز مرگ ثبت شود)

۱۴. کدامیک از علائم زیر پس از تزریق واکسن، در این مرحله ارزیابی، مشاهده می شود؟

ردیف	عارضه احتمالی	وجود عارضه		اگر عارضه دارد ساعت شروع عارضه
		دارد	ندارد	
۱	تب			
۲	لرز			
۳	بی اشتها			
۴	تهوع			
۵	استفراغ			
۶	کهیر			
۷	سردرد			
۸	ضعف و بی حالی			
۹	درد و کوفتگی بدن			
۱۰	درد مفاصل			
۱۱	تورم مفصل			
۱۲	سرفه			
۱۳	تنگی نفس			
۱۴	احساس سنگینی در فکسه سینه			
۱۵	خس خس سینه			
۱۶	اسهال			
۱۷	درد موضعی در محل تزریق			
۱۸	قرمزی محل تزریق			
۱۹	آپسه محل تزریق			
۲۰	تشنج			
۲۱	سنگوب			
۲۲	کاهش سطح هوشیاری بیش از چند دقیقه			
۲۳	واکنش های آنافیلاتیک			
۲۴	آنژیوادم			
۲۵	افت فشار خون			
۲۶	شوک			
۲۷	بی قراری			

۲۸. سایر علائم (توضیح داده شود).....

نکته: تعریف شدت عوارض

- خفیف: نیاز به هیچ گونه مداخله پزشکی یا پرستاری ندارد.
- متوسط: نیاز به مداخلات پزشکی دارد، ولی نیاز به اعزام به بیمارستان برای مراقبت ندارد.
- شدید: نیازمند اعزام به بیمارستان و بستری است.

۱۵. آیا به دلیل عوارض فوق نیاز به مداخلات پزشکی وجود دارد؟ (۰) خیر ☐ (۱) بله ☐

۱۶. در صورت پاسخ بلی، نوع مداخلات را ذکر کنید:

۱- تجویز دارو ☐ ۲- کمپرس گرم ☐ ۳- اکسیژن تراپی ☐ ۴- سایر.....

۱۷. نوع داروی تجویز شده: ۱- مسکن و ضد التهاب ☐ ۲- آنتی هیستامین ☐ ۳- کورتون ☐

۴- داروهای ضد تشنج ☐ ۵- داروهای موضعی ☐

۱۸. اگر بله: آیا نیاز به اعزام به بیمارستان دارد؟ (۰) خیر ☐ (۱) بله ☐

۱۹. اگر نیاز به اعزام دارد: ۱. تاریخ اعزام به بیمارستان ۲. نام بیمارستان ارجاع شده

۳. دلیل اعزام

آیا نیاز به ارزیابی بیشتر توسط کمیته شهرستانی وجود دارد؟ (۰) خیر ☐ (۱) بله ☐