

فرم شماره ۵- ثبت پیامدهای ویژه (AESIs) در مراکز توانبخشی مراقبتی

۱. نام فرد گزارش دهنده: ۲. نام مرکز:
۳. نام و نام خانوادگی سالمند: ۴. شماره ملی یا شماره شناسایی دیگر در صورت نداشتن
شماره ملی: ۵. تاریخ گزارش:

۶. کدامیک از پیامدهای زیر وجود داشته است؟ بمحض وقوع، تیک بزنید و فرم را همان روز گزارش کنید. (امکان انتخاب چند گزینه وجود دارد)

ردیف	پیامد
۱	مرگ
۲	سندرم گیلن باره
۳	انسفالوپاتی
۴	افت سطح عملکردی بر اساس معیار بارتل
۵	سکته قلبی یا آنژین ناپایدار
۶	سکته مغزی
۷	کاهش سطح هوشیاری
۸	بستری در بیمارستان
۹	ابتلا به کووید ۱۹

۷. تاریخ وقوع پیامد (روز/ماه/سال)

تذکر مهم: ضروری است این فرم برای تمامی افراد مقیم (هم افرادی که واکسینه شده اند و هم افرادی که بهر دلیل واکسینه نشده اند) تا یکسال پس از انجام واکسیناسیون ثبت و ضبط شود.