

فرم شماره ۱- ثبت اطلاعات اولیه گیرنده واکسن کووید-۱۹

مشخصات مرکز توانبخشی مراقبتی

۱. نام مرکز ۲. استان ۳. شهرستان ۴. تاریخ تکمیل
فرم

مشخصات عمومی گیرنده واکسن

۵. نام: ۶. نام خانوادگی: ۷. شماره ملی یا شماره شناسایی
دیگر در صورت نداشتن شماره ملی:

۸. سن: (سال) یا سال / ماه / روز تولد

۹. جنس: (۰ زن ☐ (۱ مرد ☐

مشخصات و سوابق پزشکی مرتبط با ابتلاء قبلی به کوید ۱۹

۱۰. آیا طبق ارزیابی پزشک، در حال حاضر، سالمند مبتلا یا مشکوک به ابتلا به کووید ۱۹- می باشد؟
(۰ خیر ☐ (۱ بله ☐

۱۱. آیا سالمند، سابقه ابتلا به کووید-۱۹ داشته است؟

(۰ خیر ☐ (۱ بله ☐

۱۲. اگر بله مبنای تشخیص را مشخص کنید (انتخاب بیش از یک گزینه مجاز است) و تاریخ تشخیص را ذکر کنید:

(۰ معیارهای آزمایشگاهی ☐ (۱ معیارهای رادیولوژیک ☐ (۲ معیارهای بالینی ☐

(۳ تاریخ تشخیص:

۱۳. آیا سابقه آلرژی شدید به سایر واکسن ها دارد؟ (۰ خیر ☐ (۱ بله ☐

۱۴. آیا سابقه شوک آنافیلاکسی یا واکنش های دارویی شدید دارد؟ (۰ خیر ☐ (۱ بله ☐

۱۵. آیا از نظر پزشک مرکز، فرد در انتهای زندگی است و امید زندگی کمتر از چند هفته دارد؟ (۰ خیر ☐ (۱ بله ☐

نکته:**معیارهای منع مطلق واکسیناسیون بر اساس شواهد و دستورالعمل های موجود:**

- افراد دارای سابقه آلرژی شدید به سایر واکسن ها یا افرادی که سابقه شوک آنافیلاکسی یا واکنش های دارویی شدید داشته اند.
- افرادی که در انتهای زندگی هستند و امید به زندگی کمتر از چند هفته دارند.
- عدم رضایت سالمند یا خانواده وی به انجام واکسیناسیون

معیارهای تعویق واکسیناسیون

- ابتلا به بیماری کرونای فعال در زمان واکسیناسیون یا سابقه ابتلا در گذشته
- داشتن بیماری حاد تب دار (طبق دستورالعمل واکسن اسپوتنیک دمای بدن بالاتر از ۳۷ درجه با دماسنج لیزری یا زیر بغل حیوه ای)

۱۶- آیا کاندید واکسن مبتلا به اختلالات / بیماری های زیر است؟

ردیف	بله (۱)	خیر (۰)
۱۶-۱		بیماری مزمن و پیشرفته کبد
۱۶-۲		نارسایی مزمن کلیوی (فیلتراسیون کلیوی کمتر از ۶۰ یا کراتینین بالای ۲ (در حداقل سه ماه اخیر) یا تحت دیالیز مزمن
۱۶-۳		دیابت کنترل نشده (هموگلوبین A1C بالاتر یا مساوی ۸/۵ درصد)
۱۶-۴		اختلال (کم کاری یا پرکاری) تیروئید شدید و کنترل نشده
۱۶-۵		اختلالات انعقادی یا خونریزی دهنده مانند هموفیلی یا اختلال انعقادی شدید ناشی از مصرف داروها
۱۶-۶		صرع کنترل نشده یا بیماریهای دژنراتیو سیستم اعصاب مرکزی یا دچار سکته مغزی در ۶ ماه اخیر
۱۶-۷		بیماری عروق کرونری کنترل نشده (دارای سابقه آنژین ناپایدار یا سکته قلبی در طی شش ماه اخیر)
۱۶-۸		بیماریهای خودایمنی فعال (مانند لوپوس اریتماتوس، وگنر، سارکوئیدوز و...)

۱۶-۹	سرطان های پیشرفته و متاستاتیک	
۱۶-۱۰	سابقه حساسیت به واکسن	
۱۶-۱۱	افت فشارخون و علائم سنکوپ به دنبال واکسیناسیون یا هر نوع تزریق یا سایر اقدامات پزشکی	
۱۶-۱۲	سابقه شدید حساسیت دارویی / غذایی / فصلی	

۱۷. آیا گیرنده واکسن بر اساس معیارهای فریلتی در دسته افراد آسیب پذیر (Frail) قرار می گیرد؟ (۰ خیر ☐ (۱ بله ☐
(پاسخ این سوال بر اساس سوالات و دستورالعمل ارائه شده ذیل مشخص می شود)

معیارهای ارزیابی شاخص فریلتی در سالمندان

۲	۱	۰	
GDS \geq ۸	بلی	خیر	خستگی
نیازمند کمک فیزیکی می باشد	در صورت فراهم بودن شرایط محیطی خودش جابجا میشود	مستقل جابجا میشود	قدرت جابجایی
حرکت نمی کند	از وسیله کمک حرکتی استفاده می نماید	مستقل راه می رود	حرکت
فقط بی اختیاری مدفوع	فقط بی اختیاری ادراری	ندارد	بی اختیاری ادرار و مدفوع
بیش از ۱۰٪ در ۶ ماه گذشته	بیش از ۵٪ در ۳ ماه گذشته (کمتر از ۱۰٪)	ندارد	کاهش وزن
نیازمند کمک فیزیکی می باشد	در صورت فراهم بودن شرایط محیطی خودش می پوشد	مستقل	لباس پوشیدن
تحت تغذیه با لوله است	تغییر قوام غذا بر حسب شرایط (مانند پوره)	رژیم معمولی	وضعیت تغذیه
			امتیاز نهایی

نحوه ارزیابی شاخص فریلتی

- ❖ بر اساس وضعیت سالمند برای هر کدام از موارد بالا، گزینه مناسب انتخاب و امتیاز مربوط به آن گزینه ثبت شود.
- ❖ در مواردی که هر دو گزینه ۱ و ۲ امتیازی در سالمند مشاهده می شود، امتیاز ۲ ثبت شود.
- ❖ امتیاز نهایی، عددی بین ۰ و ۱۴ می باشد که با جمع امتیاز همه موارد به دست می آید.
- ❖ برای محاسبه شاخص فریلتی، سالمندان با امتیاز ۰ و ۱ در دسته غیر آسیب پذیر (Robust)، امتیاز ۲ تا ۵ در دسته Prefrail و امتیاز ۶ تا ۱۴ در گروه آسیب پذیر (Frail) طبقه بندی می شود.

۱. در صورت پاسخ بله، به هر یک از سوالات ۱-۱۶ تا ۱۲-۱۶ و سوال ۱۷، لازم است تزریق واکسن با احتیاط بیشتری صورت گرفته و سالمند از نظر احتمال بروز واکنش به دنبال واکسیناسیون، با دقت و تواتر بیشتر تحت نظارت قرار گیرد.

۲. اگر پاسخ حداقل یکی از سوالات ۱۰ و ۱۱ بلی بود، فعلا واکسن به فرد تزریق نشود. (تزریق واکسن به تعویق افتاده و به اولویت های بعد موکول می شود)

۳. اگر پاسخ حداقل یکی از سوالات ۱۳، ۱۴ و ۱۵ بلی بود، فرد منع مطلق تزریق واکسن دارد.