

فرم شماره ۳ - ثبت اطلاعات زمان انجام واکسیناسیون در مراکز توانبخشی مراقبتی

۱. نام و نام خانوادگی دریافت کننده واکسن:.....
۲. شماره ملی یا شماره شناسایی دیگر در صورت نداشتن شماره ملی:

علائم حیاتی بلافاصله قبل از دریافت واکسن

(توجه: در صورت داشتن تب، تزریق واکسن در حال حاضر انجام نشود)

۳. دمای بدن (بر اساس دماسنج زیر بغلی جیوه‌ای یا دماسنج لیزری پیشانی)
۴. مقدار فشارخون.....
۵. تعداد ضربان قلب در دقیقه.....
۶. تعداد تنفس در دقیقه
۷. درصد اشباع اکسیژن خون شریانی (پالس اکسی متری)

۸. نام واکسن:.....
۹. تاریخ واکسیناسیون:
۱۰. ساعت واکسیناسیون
۱۱. شماره سریال ویال واکسن
۱۲. تاریخ انقضای واکسن.....
۱۳. فرد دوز چندم ویال را دریافت می کند ۱.اول <input type="checkbox"/> ۲.دوم <input type="checkbox"/> ۳.سوم <input type="checkbox"/> ۴.چهارم <input type="checkbox"/> ۵.پنجم <input type="checkbox"/>
۱۴.نوبت واکسیناسیون: ۱.اول <input type="checkbox"/> ۲.دوم <input type="checkbox"/>
۱۵. اگر نوبت دوم است، تاریخ نوبت اول واکسن (روز/ماه/سال)