

فرم شماره ۴ ضمیمه – ثبت پیامد بستری در بیمارستان / ارجاع به کمیته شهرستانی متعاقب واکسیناسیون

۱. نام و نام خانوادگی دریافت کننده واکسن:..... ۲. شماره ملی یا شماره شناسایی دیگر در صورت نداشتن شماره ملی:	
۳. جنس: ۱. مرد <input type="checkbox"/> ۲. زن <input type="checkbox"/>	۴. ملیت

۵. تاریخ اعزام به بیمارستان ۶. نام بیمارستان ارجاع شده

۷. دلیل اعزام

۸. نتیجه اعزام: ۱. درمان در اورژانس و بازگشت به مرکز ☐ ۲. بستری ☐

۳. سایر (توضیحات در صورت لزوم) :

۹. نتیجه نهایی عارضه: ۱. در حال بهبودی ☐ ۲. بهبودی کامل ☐ ۳. بهبودی با برجای گذاشتن عارضه ☐ ۴. عدم بهبودی ☐

۵. نامشخص ☐ ۶. فوت ☐ ۷. تاریخ ترخیص / فوت

۱۰. در صورت ارجاع به کمیته، نظر اولین سطح نظارتی پایش عوارض (کمیته شهرستانی):