

فرم چوب خط واکسیناسیون (tally-sheet)

کد فرم: ۱۰۲-۰۳-۰۴ تاریخ تکمیل: / / ماه: <input type="text"/>	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی معاونت امور بهداشتی نام فرم: ۱۰۵ دوره تکمیل فرم: ماهانه	مرکز / شبکه نام واحد:
<input type="checkbox"/> تیم سیار	<input type="checkbox"/> پایگاه بهداشت	<input type="checkbox"/> زایشگاه
<input type="checkbox"/> مرکز بهداشتی درمانی شهری	<input type="checkbox"/> خانه بهداشت	<input type="checkbox"/> بیمارستان

گروه سنی آنتی ژن	زیر یکسال	یکساله ۱۲-۲۳ ماه	۲ سال به بالا	گروه سنی آنتی ژن	
				زیر یکسال	یکساله ۱۲-۲۳ ماه
MMR1					ب.ث.ژ
MMR2					
هیپاتیت ب ۱	۲۴ ساعت اول	بعد از ۲۴ ساعت			فلج اطفال خوراکی
هیپاتیت ب ۲					فلج اطفال خوراکی ۱
هیپاتیت ب ۳					فلج اطفال خوراکی ۲
فلج اطفال تزریقی					فلج اطفال خوراکی ۳
مننژیت					یادآور فلج اطفال ۱

آمار واکسیناسیون کزاز یا توام بزرگسالان

جنس و سن	زنان غیرباردار (۱۵-۴۹)	زنان باردار	دانش آموزان	سایر گروه‌های جنسی و سنی
کزاز یا توام ۱				
کزاز یا توام ۲				
کزاز یا توام ۳				
کزاز یا توام ۴				
یادآور هر ۱۰ سال یکبار				

					یادآور سه گانه ۱
					یادآور سه گانه ۲
					توام خردسال ۱
					توام خردسال ۲
					توام خردسال ۳
					یادآور توام خردسال ۱
					یادآور توام خردسال ۲

نام و امضاء مسئول واحد:	نام و امضاء تکمیل کننده:	تاریخ تکمیل فرم:
-------------------------	--------------------------	------------------