|  |
| --- |
| **مرکز/شبکه دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی کدفرم : 01-03-102** **نام واحد: معاونت اموربهداشتی تاریخ تکمیل : / /** **ماه نام فرم : 105** **دوره تکمیل فرم :ماهانه** **نوع واحد : بیمارستان خانه بهداشت مرکزبهداشتی درمانی شهری زایشگاه پایگاه بهداشت تیم سیار**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **جمع** | **2سال به بالا** | **یکساله** **23-12ماه**  | **زیریکسال**  | **گروه سنی**  **آنتی ژن**  |  | **جمع**  | **2سال به بالا**  | **یکساله** **23-12****ماه**  | **زیریکسال**  | **گروه سنی** **آنتی ژن**  |
|  |  |  |  | **MMR1** |  |  |  |  | **ب.ث.ژ** |
|  |  |  |  | **MMR2** |  |  |  |  | **فلج اطفال خوراکی 0**  |
|  |  |  | **بعداز 24ساعت**  | **24ساعت اول**  | **هپاتیت ب 1** |  |  |  |  | **فلج اطفال خوراکی 1** |
|  |  |
|  |  |  |  | **هپاتیت ب 2** |  |  |  |  | **فلج اطفال خوراکی 2** |
|  |  |  |  | **هپاتیت ب 3** |  |  |  |  | **فلج اطفال خوراکی 3** |
|  |  |  |  | **فلج اطفال تزریقی**  |  |  |  |  | **یادآور فلج اطفال 1** |
|  |  |  |  | **مننژیت**  |  |  |  |  | **یادآور فلج اطفال 2**  |
| **آمارواکسیناسیون کزاز یا توام بزرگسالان** |  |  |  |  | **پنج گانه 1** |
|  |  |  |  | **پنج گانه 2** |
|  |  |  |  | **پنج گانه 3** |
|  |  |  |  | **یادآور سه گانه 1** |
| **جمع**  | **سایرگروههای سنی وجنسی**  | **دانش آموزان**  | **زنان باردار** | **زنان غیرباردار****49 -15** | **جنس وسن**  |  |  |  |  | **یادآورسه گانه 2** |
|  |  |  |  |  | **کزازیا توام 1** |  |  |  |  | **توام خردسال 1** |
|  |  |  |  |  | **کزازیا توام 2** |  |  |  |  | **توام خردسال 2** |
|  |  |  |  |  | **کزازیا توام 3** |  |  |  |  | **توام خردسال3** |
|  |  |  |  |  | **کزازیا توام 4** |  |  |  |  | **یادآورتوام خردسال 1** |
|  |  |  |  |  | **یادآور هر10سال یکبار** |  |  |  |  | **یادآور توام خردسال 2** |
| **نام وامضاءمسئول واحد:** | **تاریخ تکمیل فرم : نام وامضا ءتکمیل کننده :**  |