

بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شهرستان:

کد فرم ۱۰۵  
ماه سال

- نوع واحد: بیمارستان  زایشگاه   
 خانه بهداشت  پایگاه بهداشت   
 مرکز بهداشتی درمانی شهری  تیم سیار

آمار ایمنسازی

جمع	۲ سال به بالا	یکساله ۱۲-۲۳ ماه	زیر یکسال	گروه سنی
				آنتی ژن
				MMR1
				MMR2
				هیپاتیت بدو تولد قبل از ۲۴ ساعت
				هیپاتیت بدو تولد بعد از ۲۴ ساعت
				فلج اطفال تزریقی
				مننژیت

جمع	۲ سال به بالا	یکساله ۱۲-۲۳ ماه	زیر یکسال	گروه سنی
				آنتی ژن
				ب.ث.ژ
				فلج اطفال خوراکی ۰
				فلج اطفال خوراکی ۱
				فلج اطفال خوراکی ۲
				فلج اطفال خوراکی ۳
				یادآور فلج اطفال ۱
				یادآور فلج اطفال ۲
				پنج گانه ۱
				پنج گانه ۲
				پنج گانه ۳
				یادآور سه گانه ۱
				یادآور سه گانه ۲
				توأم خردسال ۱
				توأم خردسال ۲
				توأم خردسال ۳
				یادآور توأم خردسال ۱
				یادآور توأم خردسال ۲

آمار واکسیناسیون کزاز یا توأم بزرگسالان

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

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