

بسمه تعالی

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

فرم شماره ۱/۱ ویژه خانوارهای ایرانی

معاونت بهداشتی دانشگاه

شماره گروه :

نام مسئول گروه :

مرکز بهداشت شهرستان

نام محل :

نام همکار گروه

فرم خلاصه اطلاعات واکسیناسیون تکمیلی خانه به خانه فلج اطفال شهرستان

نوبت اول ۳۰ فروردین لغایت ۲ اردیبهشت ماه ۱۳۹۳

نوبت دوم ۳ لغایت ۷ خرداد ماه ۱۳۹۳

واکسن (۸)	وقوع ناگهانی فلج * (۷)		آدرس (۶)	تعداد کودکانی که تا قبل از این عملیات هیچ دوزی از واکسن دریافت نکرده اند (۵)						تعداد اطفال زیر ۵ سال (۴)	تعداد افراد خانوار (۳)	رئیس خانوار (۲)	ردیف (۱)
				سن بر حسب ماه									
				۴۸-۵۹	۳۶-۴۷	۲۴-۳۵	۱۲-۲۳	۱-۱۱	زیریکماه				
۲	۱	خیر	بلی *										

* در صورتیکه پاسخ بلی است مشخصات در جدول ذیل نوشته شود .

(۹) تعداد AFP (فلج شل حاد) در ۲۴ ماه گذشته

نام و نام خانوادگی مورد	سن	نام پدر	نام مادر	آدرس دقیق

این فرم پس از تکمیل به ناظر تحویل داده شود .

بسمه تعالی

فرم شماره ۱/۲ ویژه خانوارهای مهاجرین ساکن اردوگاه

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

شماره گروه :

معاونت بهداشتی دانشگاه

نام مسئول گروه :

نام محل :

مرکز بهداشت شهرستان

نام همکار گروه

فرم خلاصه اطلاعات واکسیناسیون تکمیلی خانه به خانه فلج اطفال شهرستان

نوبت اول ۳۰ فروردین لغایت ۲ اردیبهشت ماه ۱۳۹۳

نوبت دوم ۳ لغایت ۷ خرداد ماه ۱۳۹۳

واکسن (۸)	وقوع ناگهانی فلج * (۷)		آدرس (۶)	تعداد کودکانی که تا قبل از این عملیات هیچ دوزی از واکسن دریافت نکرده اند (۵)						تعداد اطفال زیر ۵ سال (۴)	تعداد افراد خانوار (۳)	رئیس خانوار (۲)	ردیف (۱)
				سن بر حسب ماه									
				زیریکماه	۱-۱۱	۱۲-۲۳	۲۴-۳۵	۳۶-۴۷	۴۸-۵۹				
۲	۱	خیر	بلی *										

* در صورتیکه پاسخ بلی است مشخصات در جدول ذیل نوشته شود .

(۹) تعداد AFP (فلج شل حاد) در ۲۴ ماه گذشته

نام و نام خانوادگی مورد	سن	نام پدر	نام مادر	آدرس دقیق

این فرم پس از تکمیل به ناظر تحویل داده شود .

بسمه تعالی

فرم شماره ۱/۳ ویژه خانوارهای مهاجرین سایر مناطق

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

شماره گروه :

..... معاونت بهداشتی دانشگاه

نام مسئول گروه :.....

نام محل :

..... مرکز بهداشت شهرستان

نام همکار گروه :.....

فرم خلاصه اطلاعات واکسیناسیون تکمیلی خانه به خانه فلج اطفال شهرستان

نوبت اول ۳۰ فروردین لغایت ۲ اردیبهشت ماه ۱۳۹۳

نوبت دوم ۳ لغایت ۷ خرداد ماه ۱۳۹۳

واکسن (۸)	وقوع ناگهانی فلج * (۷)		آدرس (۶)	تعداد کودکانی که تا قبل از این عملیات هیچ دوزی از واکسن دریافت نکرده اند (۵)						تعداد اطفال زیر ۵ سال (۴)	تعداد افراد خانوار (۳)	رئیس خانوار (۲)	ردیف (۱)
				سن بر حسب ماه									
۲	۱	خیر	بلی *	۴۸-۵۹	۳۶-۴۷	۲۴-۳۵	۱۲-۲۳	۱-۱۱	زیریکماه				

*در صورتیکه پاسخ بلی است مشخصات در جدول ذیل نوشته شود .

(۹)تعداد AFP(فلج شل حاد) در ۲۴ ماه گذشته

نام و نام خانوادگی مورد	سن	نام پدر	نام مادر	آدرس دقیق

این فرم پس از تکمیل به ناظر تحویل داده شود .

بسمه تعالی

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

فرم شماره ۳/۳ ویژه خانوارهای مهاجرین ساکن سایر مناطق

مرکز بهداشت استان

فرم خلاصه اطلاعات واکسیناسیون تکمیلی خانه به خانه فلج اطفال دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

نوبت اول ۳۰ فروردین لغایت ۲ اردیبهشت ماه ۱۳۹۳

نوبت دوم ۳ لغایت ۷ خرداد ماه ۱۳۹۳

درصد خانوارهای بازدید شده در این عملیات (۸)	تعداد کودکانی که تا قبل از این عملیات هیچ دوزی از واکسن دریافت نکرده اند(۷)						درصد پوشش ایمنسازی (۶)	جمعیت واکسینه شده در این عملیات (۵)	خانوار بازدید شده (۴)	کل خانوارهای هدف (۳)	جمعیت هدف (۲)	نام شهرستان (۱)
	سن بر حسب ماه											
	۴۸-۵۹	۳۶-۴۷	۲۴-۳۵	۱۲-۲۳	۱-۱۱	زیریکماه						
												جمع کل

(۹)تعداد AFP(فلج شل حاد) در ۲۴ ماه گذشته

نام و نام خانوادگی مورد	سن	نام پدر	نام مادر	آدرس دقیق

نام و نام خانوادگی معاون بهداشتی :

امضاء :

