Дата : 8 апреля 2012 г.

ФОРМУЛЯР УЧЕТА ПОБОЧНОГО ПРОЯВЛЕНИЯ (ПРОЯВЛЕНИЙ) НА ЭТАПЕ ДО РАССЛЕДОВАНИЯ

СТРАНА : РЕГАНДА

Важное примечание: Этот формуляр – часть учебного примера А в дистанционном учебном курсе ВОЗ по безопасности вакцин. Формуляр упрощен с учебной целью и используется только в этом примере. Это не рекомендованный ВОЗ документ!

Кому: Сотруднику регионального отдела здравоохранения
От кого: Руководителя программы иммунизации

Имя пациента:
Марта Чидавайо

Идентификационный номер иммунизации:
K-HUM-1219

Полный адрес пациента:
Вудвейл 18, Карум

Телефон: +049346 22 1100

Пол : ☐ **М** ☒ **Ж**

Дата рождения (дд/мм/гггг): 14 / 06 / 2008

Имя составителя отчета:
Сарита Прийя

Учреждение, отделение и адрес:
Медицинсткий центр Чандра
Качийя роуд 12
1202 Карум, Реганда

Телефон: +049346 54 4568

Название учреждения (центра вакцинации): Медицинский центр Чандра

Название полученной вакцины или растворителя	Дата вакцинации	Время вакцинации	Доза (напр.1-я, 2-я, и т.д.)	Серия/№ партии	Годен до:
Вакцина Oovivax КПК	4.4.2012	11:00		U-5773	Октябрь 2012 г.
Easydil	4.4.2012	11:00		SR-2781	Апрель 2013 г.

Побочные проявления:

Дата и время ППИ (дд/мм/гггг):

04 / 04 / 2012 13 час. 00 мин.

Госпитализация пациента ☐ Да ☒ Нет

Дата уведомления системы здравоохранения пациентом (дд/мм/гггг): 06 / 04 / 2012

Описать ППИ (признаки и симптомы):
Сонливость, лихорадка, судороги /конвульсии

Исход:

☐ Выздоравливает ☒ Выздоровел ☐ Выздоровел с последствиями ☐ Не выздоровел ☐ Неизвестно

☐ Умер В случае смерти указать дату (дд/мм/гггг) ____/ ____ / _____

Проводилось вскрытие: ☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно

Анамнез (включая подобные реакции или аллергия), одновременно принимаемые лекарства и другая важная информация (например, другие случаи). При необходимости продолжить на новом листе. Ранее проблемы после иммунизации отсутствовали.