**Дата : 6 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:**<br><br>**Идентификационный номер иммунизации:**<br><br>**Полный адрес пациента:**<br><br>**Телефон:**<br><br>**Пол :** ☐ **М** ☐ **Ж**<br><br>**Дата рождения** (дд/мм/гггг):____/ ____ / _____ | **Имя составителя отчета:**<br><br>**Учреждение, отделение и адрес:**<br><br>**Телефон:** |

**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: |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | |
|---|---|
| **Побочные проявления:**<br><br>**Дата и время ППИ** (дд/мм/гггг):<br><br>____/ ____ / _____ ____ час. ____ мин.<br><br>**Госпитализация пациента** ☐ Да ☐ Нет<br><br>**Дата уведомления системы здравоохранения пациентом** (дд/мм/гггг): ____/ ____ / _____ | **Описать ППИ (признаки и симптомы):**<br>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.