



وزارة الصحة العامة  
البرنامج الوطني للتحصين

الآثار الجانبية للقاحات  
استمارة الابلاغات الشهرية

الجهة المبلغة : ..... البلدة : ..... القضاء : ..... المحافظة : ..... الهاتف : .....

ملاحظات	الآثار الجانبية المبلغ عنها						الابلاغ عن الشهر: ..... لسنة: .....			
	استشفاء وآثار جانبية خطيرة : (حدد) Anaphylactoid reaction, Anaphylaxis, Hypotonic hyporesponsive episode Seizures, Encephalopathy, Acute Flaccid Paralysis, Brachial neuritis, Thrombocypaenia Toxic Shock Syndrome, Sepsis, etc....	خراج (Abscess bacterial . or Sterile)	م خ م س ت م	ردة فعل شديدة موضعيًا	حمارة شديد	تورم شديد	حرارة تفوق 38.6 درجة مئوية (حدد)	لقاح المعطى	تاريخ الولادة (يوم/شهر/سنة)	الاسم الثلاثي
(بما فيه تفاصيل حول الاستشفاء او اي آثار جانبية خطيرة او وفاة)										

(اسم معد الاستمارة: ..... توقيعه: .....) .

للحالات الطارئة يرجى الابلاغ الفوري الى " طبابة القضاء" و "مركزياً" على الارقام التالية 01-611174 , فاكس: 01-615761  
البرنامج الوطني للتحصين