****

**المملكة العربية السعودية الرقم:**

**وزارة الصحة التاريخ:**

**الوكالة المساعدة للطب الوقائي**

**مديرية الشئون الصحية بمنطقة / محافظة .................**

**عاجل جداً بالفاكس**

**استمارة بلاغ عن حالة أثر ضائر للقاح**

**نموذج رقم (1)**

**تاريخ الإبلاغ:......................................**

**اسم المركز/المستشفى :.......................................................................**

**المستشفى المنوم فيه المريض :....................................... تاريخ التنويم:...................**

**اسم المريض :....................................العمر :............الجنس: ............الجنسية:...........**

**العنوان بالتفصيل: ...........................................................................**

**رقم الهاتف:................. .....تاريخ التطعيم : ........................تاريخ الإبلاغ:...................**

**اسم المركز الصحي التابع له الحالة ..........................................................**

**اسم المركز أو المستشفى التي تم فيها التطعيم :...................................................**

**الأعراض مع توضيح تاريخ كل منها: .......................................................**

**.................................................................................................**

**1-....................................................................................................**

**2-............................................................................................**

**3-............................................................................................**

**مدة الأعراض:**

**التشخيص المبدئي:**

**اسم الطبيب:............................. التوقيع:...................رقم الجوال ..................................**

**اسم المسؤول الوقائي :......................... التوقيع:.............رقم الجوال ..................................**

**الختم الرسمي :**

**\*تعبأ هذه الاستمارة من قبل الطبيب المعالج للحالة وترسل فوراً لإدارة الشئون الوقائية على فاكس رقم ( )**

**\*للاستفسار : الاتصال على تليفون رقم ( ) تحويله ( )**