

الرقم:
التاريخ:

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
الوكالة المساعدة للطب الوقائي
مديرية الشؤون الصحية بمنطقة / محافظة

عاجل جداً بالفاكس

استمارة بلاغ عن حالة أثر ضائر للقاح

نموذج رقم (١)

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:

١-

٢-

٣-

مدة الأعراض:

التشخيص المبدئي:

اسم الطبيب: التوقيع: رقم الجوال

اسم المسؤول الوقائي: التوقيع: رقم الجوال

الختم الرسمي:

*تعباً هذه الاستمارة من قبل الطبيب المعالج للحالة وترسل فوراً لإدارة الشؤون الوقائية على فاكس رقم ()

*للاستفسار: الاتصال على تليفون رقم () تحويلة ()