بسمه تعالی

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

مرکز مدیریت بیماریها

طرح اجرائی

ایمنسازی تکمیلی خانه به خانه فلج اطفال

در مناطق پرخطر مناطق غیرگرمسیر

3 - 5 **اردیبهشت ماه** 1390

7 - 9 **خرداد ماه** 1390

Operational plan

For

Supplementary immunization Activities for Polio

In High Risk & Non-Tropical Areas

I.R.IRAN

2011

مقدمه :

حفظ دستاوردهای برنامه ریشه کنی فلج اطفال در کشورما ن از حساسیت ویـژه برخورداراست. باتوجه به پیگیـری وضـعیت اپیـدمیولوژیک بیمـاری در جهـان ومنطقـه و باتوجه به وقوع و گسترش اپیدمی پولیو طی سال جـاری درتاجیکسـتان وافـزایش مـوارد بیاری درپاکستان وافزایش مخاطرات به دلیل وقـوع سـیل ، بـیم روزافـزون ورود مجـدد بیماری درکشور را افزایش داده است که با تشـدید برنامـه هـای مراقبتـی واجـرای موفـق ایمنسازی های تکمیلی درسالهای گذشته توانسـته ایـم طـی سـالهای2010-2001 مـیلادی وضعیت عاری از پولیو راتداوم بخشیم که مبین تلاش شما همکاران عزیزدر زمینه حفـظ کیفیت مراقبت فلج شل حاد ودستیابی به شاخص های تعیین شده در شبکه های بهداشـتی درمانی کشور است .

لذا با توجه بـه وضـعیت دشـوار کشـور ازلحـاظ همجـواری بـا دو کشـورپولیو آنـدمیک درمرزشرقی وعدم اطمینان به کیفیـت مراقبـت وپوششـهای واکسیناسـیون درکشـورهای همسایه غربی وشمالی ، لازم است برای اطمینان یافتن ازعـدم ورود وچـرخش ویـروس وحشی پولیو به ویژه درمنـاطق دورازدسـترس یـا دارای پوشـش ناکـافی واکسیناسـیون وجهت حفظ دستاوردهای حاصله ، عملیات سالانه ایمنسازی تکمیلی انجام گردد .

زمان اجرا :

نوبت اول :5-3 اردیبهشت ماه 1390

نوبت دوم :9-7 خرداد ماه 1390

گروه سنی هدف

نوبت اول : کلیه متولدین اردیبهشت1385 تا خرداد ماه 1390

نوبت دوم : کلیه متولدین اردیبهشت1385 تا خرداد ماه 1390

مناطق تحت پوشش عملیات :

افراد و مناطقی که باید تحت پوشش این برنامه قرار گیرند عبارتند از :

1- کلیه مهاجرین خارجی که در اردوگاهها ویا خارج از اردوگاهها اقامت دارند.

2- کلیه خانوارهای ایرانی ساکن در کلنی ها و محل تجمع عمده مهاجرین خارجی

3- کلیه نقاط کشور (شهرستان – شهرک -کلنی و ...) که بـه تشـخیص معـاونین بهداشـتی پوشش OPV3 کمتر از 95 درصد دارند.

4- کلیه مناطق تحت پوشش تیم های سیار

5- کلیه کودکان زیر 5 سالی که احتمالا همراه با مادران خود در زندانها اقامت دارند

اهداف برنامه :

- دستیابی به پوشش صددرصد ایمنسازی در کودکان زیر 5 سال ایرانی و مهاجرین خارجی
- پرسش درمورد وجود مورد فلج شل حاد در 24 ماه گذشته
- یافتن کودکان زیر 5 سالی که تاکنون واکسن فلج اطفال دریافت نکرده اند.

نیروی انسانی اجرای عملیات

بهورزان ، تیم های سیار ، کاردان های بهداشتی و.....

روش اجرای کار

بازدید خانه به خانه **همه منازل** و جستجوی کودکان زیر 5 سال و خوراندن دو قطره واکسن خوراکی فلج اطفال در دونوبت . واکسیناسیون به وسیله تیم های تعیین شده انجام می شود .

محدوده عملیاتی هر تیم قبلاً مشخص می گردد ، هر تیم از 2 نفر تشکیل می گردد ، توصیه می نماید یکی از اعضای تیم از پرسنل بهداشتی انتخاب گردد. هر تیم باید یک کد منحصر به فرد

داشته و کروکی منطقه عمیاتی در دسترس آنها قرار گیرد . یک نفر وظیفه ثبت عملیات را در فرم های مخصوص انجام می دهد . سه نوع فرم تهیه شده است یکی فرم 1/1 که برای ثبت خانوارهای ایرانی است و دیگری فرم 1/2 و 1/3 که ویژه ثبت خانوارهای غیرایرانی ساکن اردوگاهها و خارج اردوگاهها است . نفر دوم مسئولیت خوراندان واکسن را بعهده دارد . علاوه بر **واکسیناسیون** باید از خانوارها **سؤال شود** که آیا در 24 ماه گذشته موردی از فلج شل حاد داشته اند یاخیر و چنانچه پاسخ مثبت بود مشخصات آن مورد را درجای مخصوصی از فرم که مشخص شده است ثبت نمایند . همچنین **آموزش مردم** در زمینه فواید واکسیناسیون پولیو و گزارش فوری موارد فلج ناگهانی به نزدیکترین خانه بهداشت یا مرکز بهداشتی درمانی و توصیه به انجام به موقع واکسیناسیون روتین و **کشف** کودکانی که تا زمان انجام عملیات قطره پولیو دریافت نکرده اند از اجزای عملیات می باشند . تیم های عملیاتی باید استراتژی مشخصی در مواجهه با کودکانی که در زمان مراجعه درمنزل حضور ندارند و منازلی که درب آنها بسته است داشته باشند .

برگزاری ایمنسازی خانه به خانه (Mopping-up Immunization)

تعریف ماپینگ آپ

ماپینگ آپ که بفارسی پاک سازی و لکه گیری ترجمه شده است شامل دونوبت ایمنسازی با واکسن خوراکی فلج به فاصله 6-4 هفته درشهرستانهای پرخطر است که طی آن به همه کودکان گروه سنی خاصی (معمولاً صفر تا 59 ماهه) بدون توجه به سابقه ایمنسازی قبلی آنها مجدداً واکسن خوراکی فلج خورانده می شود .

تعریف شهرستان پرخطر

شهرستان پرخطر ، شهرستانی است که در آن ویروس وحشی پولیو هنوز در گردش است و یا احتمال گردش آن وجود دارد .

این تعریف شامل شهرستانهایی می شود که موردی از پولیو در 36 ماه گذشته اتفاق افتاده باشد و یا معیارهای زیر در مورد آنها صدق کند :

- موردی از موارد سازگار با پولیو در 3 سال گذشته مشاهده شده باشد .
- شهرستانهای مرزی
- پائین بودن پوشش ایمنسازی OPV3 (کمتر از 95 درصد)
- وجود جمعیت های متحرک مانند مهاجرین خارجی ، عشایر و کارگران فصلی
- عدم دسترسی به مراقبت های بهداشتی مانند :

- حاشیه شهرها
- روستاهای تحت پوشش تیم سیار
- مراقبت ضعیف AFP

ماپینگ آپ در چه مرحله ای انجام می شود ؟

ماپینگ آپ زمانی انجام می شود که پولیو از حالت بیماری بومی (یعنی در سراسر کشور اتفاق بیفتد) خارج شده و در وضعیت کانونی یعنی فقط در نقاط محدودی اتفاق افتد. این عملیات معمولاً در فصلی که انتقال ویروس وحشی پولیو پائین است انجام می شود.

استثناء :

در کشورهایی که تصور می شود ویروس وحشی پولیو حذف شده و یا تقریباً حذف شده باشد به مجرد کشف هر مورد تأئید شده پولیو باید بلافاصله بدون رعایت فصل، ایمنسازی خانه به خانه انجام شود .

هدف ایمنسازی خانه به خانه

متوقف کردن گردش ویروس پولیو درنقاط کانونی ، این مرحله نهایی قبل از حذف کامل ویروس پولیو است . حتی پس از حذف ویروس پولیو درنقاطی که همچنان بیم ورود مجدد ویروس پولیو می رود باید تا چندین سال انجام شود .

برنامه ریزی

همان اصولی که در برنامه ریزی روزهای ملی ایمنسازی در نظر گرفته می شود باید درپاک سازی نیز رعایت شود . در پاک سازی چند استثناء کلیدی وجود دارد .

- غالباً برنامه ریزی تفصیلی در سطح شهرستان انجام می شود .
- ایمنسازی پاک سازی الزاماً خانه به خانه برگزار می گردد.
- ایمنسازی خانه به خانه فقط در شهرستانها و نقاط پرخطر انجام می شود .

برنامه ریزی درسطح کشوری

باید یک نفـــر به عنـــوان هماهنگ کننده کشوری پاک سازی منصوب و کمیته کشوری پاک سازی تشکیل شود . هماهنگ کننده و اعضاء کمیته باید تجربه برگزاری روزهای ملی ایمنسازی و یا

بسیج های همگانی واکسیناسیون را داشته باشند . کمیته هماهنگی برای موارد زیربرنامه ریزی می نماید :

- تعیین و اعزام ناظران به دانشگاههای علوم پزشکی (در مناطق تحت پوشش عملیات)
- تاریخ هر نوبت واکسیناسیون
- مدت اجرای هر نوبت
- گروه سنی هدف
- شهرستانهای مورد عمل
- مقدار واکسن موردنیاز
- مسئولیت های سطوح مرکزی ، استانی و شهرستانی
- فرم های مناسب
- منابع مورد نیاز (واکسن ، وسیله حمل و نقل و امکانات زنجیره سرد)
- بروشورها و مواد خواندنی مورد نیاز

برنامه ریزی درسطح استانی

ریاست دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مسئولیت حسن اجرای برنامه را بعهده خواهد داشت و کمیته هماهنگی استان را با مسئولیت معاونت بهداشتی تشکیل و برنامه ریزی موارد ذیل رابعهده خواهد داشت :

- هماهنگی های برون بخشی و درون بخشی
- تعیین شهرستانها و مناطق مورد عمل
- انجام هماهنگی های لازم برای آگاه سازی مردم از طریق : ائمه جمعه و جماعات ، صدا و سیمای محلی و مراسم صبحگاهی مدارس .....
- تعیین مقدار واکسن مورد نیاز
- تعیین ناظرین مناطق عملیاتی
- تکثیر فرمها
- تأمین منابع موردنیاز (واکسن ، حمل و نقل .....)
- تهیه و تکثیر بروشورها و مواد خواندنی مورد نیاز

حمایت های شهرستانی

در شهرستانهایی که پاک سازی برگزار می شود . کمیته پاک سازی شهرستان تشکیل می شود و یک نفر به عنوان هماهنگ کننده تعیین می گردد . کمیته باید اقدامات پاک سازی را تدارک دیده و بر اساس برنامه کشوری به اجرا درآورد و تا آنجا که ممکن است کارکنان محلی را به کار گرفته و درصورت نیاز از نیروهای داوطلب استفاده نماید. کمیته شهرستان برای برنامه ریزی به اطلاعات زیرنیاز دارد :

- نقشه نقاطی که باید پاک سازی شود .
- وضعیت راه ها
- داده های سرشماری
- تعداد خانوارها
- محل استقرار مهاجرین خارجی (افغانی ، عراقی و .....) وضعیت تحرک عشایر و کارگران فصلی

کمیته شهرستان با استفاده از داده های سرشماری باید جمعیت هدف و واکسن مورد نیاز و همچنین نیازمندی های زنجیره سرد را محاسبه کند . کمیته شهرستان با توجه به تعداد خانوارها ، فاصله بین خانه ها و وضعیت جاده ها باید موراد زیر را تعیین کند :

- میانگین تعداد کودکانی که در یک روز واکسینه می شوند .
- تعداد واکسیناتورهای موردنیاز (در نقاط شهری 50 تا 100 کودک دریک روز) و در نقاط روستایی بر حسب اندازه جمعیت روستا و فاصله بین خانه ها متفاوت خواهد بود .
- تعداد سوپروایزر مورد نیاز
- تعداد وسیله نقلیه مورد نیاز
- توزیع وسایل لازم مانندخودکار یا مداد ، گچ برای علامت گذاری خانه ها و برگ چوب خط .
- توزیع برگ کارپاک سازی بین سوپروایزرها
- آموزش کارکنان
- تعیین منابع محلی یخ و سازماندهی تهیه و قرار دادن مقادیر زیاد یخ از شب قبل در واکسن کریرها
- تعیین تعداد کافی واکسن کریر، ترموس و ....
- تضمین نگهداری واکسن در زنجیره سرد

- تهیه راه کار ایمنسازی خانه به خانه از جمله
  - هماهنگی و نظارت واکسیناتورها
  - چگونگی مشخص کردن خانه هایی که ایمنسازی شده اند
  - چگونگی برخوردبا خانه ای که به هنگام مراجعه کسی حضور ندارد.

برای دستیابی به همه جمعیت هدف ، ایمنسازی پاک سازی را باید بادقت کامل و صرف وقت کافی اجرا نمود .

ضمن بازدید خانه به خانه باید جستجوی فعال برای یافتن موارد AFP در 24 ماه گذشته نیز انجام شود . این موارد را باید در محل تعیین شده در فرم یادداشت نمود.

در نقاط مرتفع برای احتراز از خستگی واکسیناتورها باید به آنان توصیه نمود تا نقاط مرتفع را در ساعات اولیه صبح واکسینه نمایند. این تدبیر موجب حصول پوشش سریع شده و به واکسیناتورها فرصت می دهد تا در همان ساعات اولیه به پائین نقاط برسند و نقاط غیر مرتفع را بعد از ظهر واکسینه کنند .

نکته مهم

برای حفظ سلامت واکسیناتورها تهیه آب آشامیدنی سالم امری ضروری است که باید موردتوجه مسئولین باشد .

نظارت :

مهمترین قسمت عملیات پیش بینی نظارت زنجیره ای از بالاترین سطح تا قسمت محیطی است .

نظارت شهرستانی :

تعیین یک نفر سوپروایزر برای نظارت حداکثر هر 10 تیم مطلوب است تا به حسن اجرای عملیات کمک کند . تعیین تعداد ناظر با توجه به امکانات خصوصیات فردی ناظر و منطق عملیاتی می تواند با نظر شهرستان انجام پذیرد . ولی باید در نظر داشت که توجیه و ترغیب واکسیناتورها نیز دربدست آوردن نتیجه مورد انتظار بیشتر کمک می کند . بدیهی است سوپروایزر باید با اعضاءتیم و مسیرهای عملیات آشنا باشد .کنترل مناطق مرزی بین دو تیم عملیاتی مختلف حائز

اهمیت بوده و نتایج بازدید ضمن ارائه به نیروهای عملیاتی درفرم های پایش ثبت و به سطوح بالاتر گزارش شود .

چندتوصیه به ناظرین محترم در تمامی سطوح :

- **تضمین انطباق عملکردها با طرح کشوری : ناظر خوب باید همه چیز را ببیند و به همه صحبت ها گوش دهد زیرا همه چیز مهم است تا بتواند غفلت ها را کشف و به موقع خنثی نماید .**
- **کشف و حل مشکلات**
- **ناظر باید به اصول طرح آشنا و به اهداف آن مؤمن و معتقد باشد .**
- **نظارت خوب مهارت های اجرای کارکنان را ارتقاء می بخشد .**
- **پرکارترین عنصر عملیات ناظر است .**
- **کیفیت کار در گرو کیفیت کار ناظر است .**
- **انتخاب ناظران از اولویت بالایی برخوردار است .**
- **برای نظارت مناطق مشکل بهترین ناظران را باید انتخاب کرد .**

با بکارگیری توصیه های بالا از ایمن شدن همه کودکان گروه هدف مطمئن خواهیم شد .

بحرکت در آوردن جامعه

برای بحرکت درآوردن جامعه از دواهرم زیر استفاده می شود :

1- همکاری های بین بخشی

2- دخالت دادن جامعه

1- همکاریهای بین بخشی :

در این زمینه باید استانداران و فرمانداران محترم که نماینده جامعه یا ریاست محترم جمهوری در منطقه خود می باشند را دعوت نموده تا در رأس کمیته ای مرکب ازمقامت و سیاست گذاران منطقه به اتفاق ریاست دانشگاه / دانشکده به عنوان نماینده وزیر با معاون بهداشتی همکاری نمایند.

2- دخالت دادن جامعه

کمیته پاک سازی شهرستان باید برای کمک به ایمنسازی پاک سازی از طریق آماده نمودن داوطلبان و رابطین بهداشتی ، جامعه را بحرکت درآورد . کمیته باید جامعه را از تاریخ دقیق پاک سازی ،

گروه سنی مورد نظر آگاه سازد ، رهبران محلی باید برای پیشرفت پاک سازی از همه امکانات از جمله ائمه جمعه و جماعات ، صدا و سیمای محلی و ..... استفاده کنند .

کمیته پاک سازی شهرستان باید پیام هایی برای جلب نظر افراد جامعه تهیه و در معرض دیدقرار دهند . گروه هدف کلیه افراد جامعه و موضوع آموزش بحث ریشه کنی فلج اطفال با تأکید بر انجام بموقع واکسیناسیون روتین ، گزارش فوری موارد فلج ناگهانی به نزدیکترین خانه بهداشت یا مرکز بهداشتی درمانی و فواید واکسیناسیون فلج است . بدیهی است آموزش ضامن موفقت عملیات بوده و نیروهای آموزش دهنده باید از نیروهای متبحر متناسب با گروه هدف انتخاب گردند . بعضی ازراهکارهای اجرایی پیشنهادی شامل :

1- برگزاری کلاسهای آموزشی در مدارس
2- برگزاری جلسات بازآموزی با پزشکان اعم از شاغلین بخش خصوصی و دولتی
3- برگزاری جلسات بازآموزی با پرسنل شاغل در بهداشت و درمان اعم از بیمارستانهای خصوصی و دولتی
4- برگزاری جلسات بازآموزی نیروهای عملیاتی و ناظرین
5- تشکیل شورای بهداشت
6- پخش برنامه های آموزشی از صدا و سیمای محلی و انجام مصاحبه
7- چاپ پیام آموزشی در روزنامه های محلی
8- برگزاری مسابقات علمی ، هنری در بین دانش آموزان در زمینه فلج اطفال
9- جلب مشارکت روحانیون و رهبران جامعه و استفاده از تریبون نماز جمعه و جماعات
10-راه اندازی کارناوال
11- درج شعار بهداشتی در سربرگ نامه های اداری
12-نصب پلاکارد

لازم به ذکر است که تدوین برنامه جامع آموزشی با توجه به امکانات و شرایط اجتماعی و بازدهی روشها که مجری ، گروه هدف ، محل و زمان اجرا درآن مشخص شده باشد ضروری است .

ارزشیابی

پس از اتمام عملیات ،کمیته استانی با هماهنگ کننده های شهرستانی به ارزشیابی نتایج می پردازد تا در صورت وجود هر نارسایی در اجرای عملیات از تکرار آنها در نوبت بعدی پیشگیری بعمل آید.

شایع ترین مشکلات در اجرای عملیات پاک سازی

- ناکافی بودن یخ و زنجیره سرما

- ناکافی بودن وسیله نقلیه
- آشنا نبودن ناظرین با منطقه به اندازه کافی
- ارتباط ضعیف جامعه به لزوم پاک سازی
- ناکافی بودن تعداد واکسیناتور
- ناکافی بودن واکسن
- انتخاب بد روزهای اجرای عملیات
- شرایط نامناسب جوی و عدم پیش بینی لباس کافی از طرف واکسیناتورها
- توزیع نامناسب پرسنل
- تمرکزگرایی در برنامه ریزی و اجرا
- ضعف حمایت جامعه یا رابطین بهداشتی و داوطلبان

پیش بینی واکسن موردنیاز :

ابتدا شهرستانها یا نقاط پرخطر را باید مشخص نمود سپس با استفاده از فرمول زیر واکسن مورد نیاز برای هر مرحله را با محاسبه ضایعات بدست می آوریم :

تعداد واکسن مورد نیاز (دز) = 1/3 × 2 × تعداد جمعیت گروه هدف

سایر نیازها

واکسن کریر یک عدد برای هر تیم 2 نفره

یخ با آیس پک 1 کیلوگرم یخ یا 6 عدد آیس پک برای هر تیم دونفره

فرم های واکسیناسیون تکمیلی خانه به خانه فلج اطفال (1/1 ، 1/2 ، 1/3) برحسب مورد و کارکرد هر تیم درعملیات

وسیله نقلیه یک دستگاه برای جابجایی هر 5 تیم دونفره

کیسه پلاستیکی جهت گذاشتن یخ ها (درصورت نیاز)

چند پیام کلیدی برای تشویق مردم و کارکنان

« کودکان این شهرستان در معرض خطر فلج اطفال هستند که ممکن است باعث مرگ یا معلولیت دائم آنها شود »

« برای حفاظت در برابر فلج اطفال به همه کودکان صفر الی 59 ماهه باید بدون توجه به ایمنسازی قبلی مجدداً دوقطره واکسن خوراکی خورانده شود .»

- ***تیم های واکسیناسیون به خانه های شما می آیند.***

- ***کودکان این شهرستان در معرض خطر ابتلاء به فلج اطفال هستند . این بیماری می تواند موجب مرگ کودک شما شود و یا برای همه عمر علیل نماید .***

- ***فلج اطفال مرض خطرناکی است که کودکان را می کشد و یا مادام العمر فلج می نماید .***

- ***اولین و مقدم ترین هدف ایمنسازی خانه به خانه ریشه کنی بیماری فلج اطفال است .***
  هر چیز دیگری بعد از آن است .
  پوشش صددرصد باید بدست آید .

- ***با برگزاری ایمنسازی های تکمیلی توانستید فلج اطفال را از حالت بومی درآورید. و حالا ایمنسازی خانه به خانه را برای پیشگیری از استقرار و انتقال مجدد ویروس فلج اطفال شروع می کنیم ..***

- ***این گامها آخر تا ریشه کنی فلج اطفال است .***
  اما این مرحله چقدر طول می کشد ؟
  در گرو کار ما و کار همسایگان ما است .

حتی یک کودک نباید از دریافت قطره فلج اطفال محروم باقی بماند . در صورت مقاومت خانواده و امتناع از دریافت قطره توسط کودکشان ، مراتب را به رده بالا سریعاً گزارش تا از طریق مسئولین اجرایی و سیاسی موضوع پیگیری شود .

سلامت زیستن حق هر کودک است با خوراندن دوقطره واکسن خوراکی فلج اطفال حق مسلم کودکانمان را تأمین نمائیم .

برای جمع آوری آمار ایمنسازی انجام شده درعملیات ایمنسازی پاکسازی فلج اطفال سه فرم تهیه شده است که عبارتنداز :

فرم 1/ 1 و فرم 1/2 و فرم 1/3 –	فرم واکسیناسیون تکمیلی خانه به خانه فلج اطفال
فرم 1/ 2 و فرم 2/2 و فرم 2/3 -	فرم خلاصه اطلاعات واکسیناسیون تکمیلی خانه به خانه فلج اطفال شهرستان
فرم 3/1 و فرم 3/2 و فرم 3/3 –	فرم خلاصه اطلاعات واکسیناسیون تکمیلی خانه به خانه فلج اطفال دانشگاه
فرم 1/1 و فرم 1/2 و فرم 1/3-	توسط تیم های واکسیناسیون و کارشناس ناظر تکمیل می شود .
فرم 2/1 و فرم 2/2 و فرم 2/3-	توسط مسئولین عملیات درمرکز بهداشت شهرستان تکمیل می گردد.
فرم 3/1 و فرم 3/2 وفرم 3/3-	توسط مسئولین عملیات در مرکز بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تکمیل می گردد.

ذیلاً چگونگی تکمیل فرم ها توضیح داده می شود . این فرم ها نشان دهنده کوشش های همه شما دست اندرکاران عزیز و عاشقان ریشه کنی فلج اطفال در میهن عزیز ماست . لذا ضرورت دارد که نهایت دقت در تکمیل آنها به کار برده شود .

فرم 1/1 و 1/2 و 1/3 : فرم واکسیناسیون تکمیلی خانه به خانه فلج اطفال

این فرم دارای دوبخش است :

بخش اول : قسمت بالای فرم که مشخص کننده هویت تیم است و توسط ناظر تیم تنظیم و در اختیار هر تیم گذارده می شود .

سطراول شماره گروه : شماره‌ای است که از طرف مرکز بهداشت شهرستان تعیین شده است .

سطردوم نام محل ثبت شود .

در قسمت وسط : نام مرکزبهداشت دانشگاه و نام مرکز بهداشت شهرستان نوشته می شود .

درقسمت چپ : نام مسئول گروه و نام همکار گروه نوشته می شود .

بخش دوم : قسمت پایین فرم است که توسط مسئول تیم به هنگام مراجعه خانه به خانه برای اجرای واکسیناسیون تنظیم می شود . هر سطر برای یک خانوار در نظر گرفته شده است .

در ستون اول شماره ردیف خانوار و در ستون دوم نام رئیس خانوار نوشته می شود .

سپس تعداد افرادخانوار را از رئیس خانوار و یا همسر او که در منزل حضور دارد سؤال و در ستون سوم بصورت عددی قید می شود . پس از آن تعداد اطفال زیر پنج سال آن خانوار سؤال و در ستون چهارم بصورت عددی قید می شود . اگر خانوار فاقد کودک زیر پنج سال بود با عدد صفر نشان داده می شود . **درستون پنجم تعداد کودکانیکه تا قبل از این عملیات هیچ دوزی از واکسن دریافت نکرده‌اند درج می گردد.**

در ستون ششم آدرس خانوار بطور دقیق شامل خیابان ، کوی ، کوچه و شماره پلاک باید نوشته شود در ستون هفتم از وقوع فلج ناگهانی در 24 ماه گذشته در خانوار سؤال می شود و علامت ضربدر در ستون بلی یا خیر درج می شود . آنگاه به کودکان زیر پنج سال واکسن خوراکی فلج خورانده می شود و تعداد کودکانی را که به آنها واکسن خورانده شده در ستون هشتم زیرستونی که عدد یک نوشته شده بصورت عددی قید می شود . ستونی که عدد دو بالای آن نوشته شده سفید می ماند تا روزی که برای نوبت دوم مراجعه و تعداد کودکان زیر پنج ساله‌ای را که واکسن خورده‌اند زیر آن قید شود .

توجه شود که فرمها باید تمیز و خوانا تنظیم شده ، در پایان کار به ناظرین تحویل شود .

درقسمت نهم واکسیناتورها چنانچه مورد فلج ناگهانی در 24 ماه گذشته در خانوار اتفاق افتاده است ، مشخصات آن مورد را که علامت زده اند ،در قسمت هشتم درمحل مربوطه درج نمایند.

تبصره :

- چنانچه کودکان زیر پنج سالی بصورت میهمان در این خانوار اقامت دارند به آنها نیز واکسن بخورانید و قید کنید که میهمان هستند .

فرم شماره 1/ 2 و 2/2 و 2/3 : خلاصه اطلاعات واکسیناسیون تکمیلی خانه به خانه فلج اطفال شهرستان :

این فرم در بردارنده خلاصه اطلاعات فرم شماره 1 است که تحت عملیات پاکسازی قرار گرفته اند « عملیات هر منطقه در یک سطر منتقل می شود . هر سطر هشت خانه دارد که به ترتیب زیر تکمیل می گردد» .

درخانه (1) نام منطقه نوشته می شود .

درخانه (2) جمعیت هدف یعنی جمعیت کودکان زیر پنج سال که انتظار می رود هدف پاکسازی قرار گیرند درج می گردد.

درخانه (3) تعداد خانوارهای هدف ثبت می شود.

درخانه (4) تعداد خانوارهایی که بازدید شده‌اند ثبت می گردد.

درخانه(5) تعداد کل کودکانی که واکسینه شده‌اند درج می شود .

درخانه (6) درصد پوشش بدست آمده در این عملیات محاسبه وثبت می شود که از تقسیـــم جمعیت واکسینه شده بر جمعیت هدف ضرب درصد بدست می آید .

درخانه (7) تعداد کودکانیکه تا قبل از این عملیات هیچ دوزی از واکسن دریافت نکرده‌اند درج می گردد.

درخانه (8) درصد خانوار بازدید شده در این عملیات محاسبه و ثبت می شود که از تقسیم خانوار بازدید شده بر کل خانوار هدف ضربدر صد بدست می آید

در جدول شماره (9) موارد AFP (فلج شل حاد در 24 ماه گذشته)از فرم شماره 1 به این فرم منتقل می شود .

فرم شماره 3/1 و 3/2 و 3/3 : خلاصه اطلاعات واکسیناسیون تکمیلی خانه به خانه فلج اطفال دانشگاه علوم پزشکی

این فرم دربردارنده خلاصه اطلاعات شهرستانهایی است که تحت عملیات پاکسازی قرار گرفته‌اند « عملیات هرنوبت (علامت بزنیدمثلاً نوبت اول)درهرشهرستان در یک سطر منتقل ، سپس درپورت ثبت می شود . هر سطر هشت خانه دارد که به ترتیب زیر تکمیل می گردد. »

درخانه (1)	نام شهرستان نوشته می شود .
درخانه (2)	جمعیت هدف یعنی جمعیت کودکان زیر پنج سال که انتظار می رود هدف پاکسازی قرار گیرند درج می گردد.
درخانه (3)	تعداد خانوارهای هدف ثبت می شود .
درخانه (4)	تعداد خانوارهایی که بازدید شده‌اند ثبت می گردد.
درخانه(5)	تعداد کل کودکانی که واکسینه شده اند درج می شود .
درخانه(6)	درصد پوشش بدست آمده در این عملیات محاسبه و ثبت می شود که از تقسیم جمعیت واکسینه شده بر جمعیت هدف ضرب درصد بدست می آید .
درخانه (7)	تعداد کودکانیکه تاقبل از این عملیات هیچ دوزی از واکسن دریافت نکرده‌اند درج می گردد.
درخانه (8)	درصد خانوار بازدید شده در این عملیات محاسبه و ثبت می شود که از تقسیم خانوار بازدید شده بر کل خانوار هدف ضربدر صد بدست می آید.
درجدول شماره (9)	موارد AFP(فلج شل حاد در 24 ماه گذشته) از فرم شماره 2 به این فرم منتقل می شود.

بسمه تعالی

فرم شماره 1/1 **ویژه خانوارهای ایرانی** **وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی**

شماره گروه : ..... **معاونت بهداشتی دانشگاه** ..... **نام مسئول گروه** :.....

نام محل : **مرکز بهداشت شهرستان**..... **نام همکار گروه** : .....

فرم واکسیناسیون تکمیلی خانه به خانه فلج اطفال

نوبت اول 5 - 3 **اردیبهشت ماه** 1390 1

نوبت دوم 9 - 7 **خرداد ماه** 1390 1

ردیف (1)	رئیس خانوار (2)	تعداد افراد خانوار (3)	تعداد اطفال زیر 5 سال (4)	تعداد کودکانیکه تا قبل از این عملیات هیچ دزی از واکسن دریافت نکرده‌اند. (5)						آدرس (6)	وقوع فلج ناگهانی * (7)		واکسن (8)	
				سن برحسب ماه										
				زیریکماه	1 - 11	12 - 23	24 - 35	36 - 47	48 - 59		بلی *	خیر	1	2

* **درصورتیکه پاسخ بلی است مشخصات در جدول ذیل نوشته شود** .

(9) **تعداد AFP (فلج شل حاد در** 24 **ماه گذشته**)

نام ونام خانوادگی مورد	سن	نام پدر	نام مادر	آدرس دقیق

این فرم پس از تکمیل به ناظر تحویل داده شود.

بسمه تعالی

فرم شماره 1/2 **ویژه خانوارهای مهاجرین ساکن اردوگاه** **وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی**

شماره گروه : ..... **معاونت بهداشتی دانشگاه** ..... **نام مسئول گروه** :.....

نام محل : **مرکز بهداشت شهرستان**..... **نام همکار گروه** : .....

فرم واکسیناسیون تکمیلی خانه به خانه فلج اطفال

نوبت اول 5 - 3 **اردیبهشت ماه** 1390 1

نوبت دوم 9 - 7 **خرداد ماه** 1390 1

ردیف (1)	رئیس خانوار (2)	تعداد افراد خانوار (3)	تعداد اطفال زیر 5 سال (4)	تعداد کودکانیکه تا قبل از این عملیات هیچ دزی از واکسن دریافت نکرده‌اند. (5)						آدرس (6)	وقوع فلج ناگهانی * (7)		واکسن (8)	
				سن برحسب ماه										
				زیریکماه	1 - 11	12 - 23	24 - 35	36 - 47	48 - 59		بلی *	خیر	1	2

* **درصورتیکه پاسخ بلی است مشخصات در جدول ذیل نوشته شود** .

(9) **تعداد AFP (فلج شل حاد در** 24 **ماه گذشته**)

نام ونام خانوادگی مورد	سن	نام پدر	نام مادر	آدرس دقیق

این فرم پس از تکمیل به ناظر تحویل داده شود.

بسمه تعالی

فرم شماره3/1 **ویژه خانوارهای مهاجرین سایر مناطق** **وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی**

شماره گروه : ..... **معاونت بهداشتی دانشگاه** ..... **نام مسئول گروه** :.....

نام محل : **مرکز بهداشت شهرستان**..... **نام همکار گروه** : .....

فرم واکسیناسیون تکمیلی خانه به خانه فلج اطفال

نوبت اول 5 - 3 **اردیبهشت ماه** 1390 1

نوبت دوم 9 - 7 **خرداد ماه** 1390 1

ردیف (1)	رئیس خانوار (2)	تعداد افراد خانوار (3)	تعداد اطفال زیر 5 سال (4)	تعداد کودکانیکه تا قبل از این عملیات هیچ دزی از واکسن دریافت نکرده‌اند. (5)						آدرس (6)	وقوع فلج ناگهانی * (7)		واکسن (8)	
				سن برحسب ماه										
				زیریکماه	1 - 11	12 - 23	24 - 35	36 - 47	48 - 59		بلی *	خیر	1	2

* **درصورتیکه پاسخ بلی است مشخصات در جدول ذیل نوشته شود** .

(9) **تعداد AFP (فلج شل حاد در** 24 **ماه گذشته**)

نام ونام خانوادگی مورد	سن	نام پدر	نام مادر	آدرس دقیق

این فرم پس از تکمیل به ناظر تحویل داده شود.

بسمه تعالی

فرم شماره 2/1 ویژه خانوارهای ایرانی **وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی**

معاونت بهداشتی دانشگاه .....

مرکز بهداشت شهرستان.....

فرم خلاصه اطلاعات واکسیناسیون تکمیلی خانه به خانه فلج اطفال شهرستان

نوبت اول 5 - 3 **اردیبهشت ماه** 1390 1

نوبت دوم 9 - 7 **خرداد ماه** 1390 1

نام منطقه (1)	جمعیت هدف (2)	کل خانوارهای هدف (3)	خانوار بازدیدشده (4)	جمعیت واکسینه شده در این عملیات (5)	درصد پوشش ایمنسازی (6)	تعداد کودکانیکه تا قبل از این عملیات هیچ دزی از واکسن دریافت نکرده‌اند. (7)						درصد خانوارهای بازدید شده در این عملیات (8)
						زیر یکماه	سن برحسب ماه					
							1 - 11	12 - 23	24 - 35	36 - 47	48 - 59	
جمع کل												

(9) **تعداد AFP (فلج شل حاد در** 24 **ماه گذشته)**

نام ونام خانوادگی مورد	سن	نام پدر	نام مادر	آدرس دقیق

نام و نام خانوادگی رئیس مرکز بهداشت :.....

امضاء .....

بسمه تعالی

فرم شماره 2/2ویژه خانوارهای مهاجرین ساکن اردوگاه **وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی**

معاونت بهداشتی دانشگاه .....

مرکز بهداشت شهرستان.....

فرم خلاصه اطلاعات واکسیناسیون تکمیلی خانه به خانه فلج اطفال شهرستان

نوبت اول 5 - 3 **اردیبهشت ماه** 1390 1

نوبت دوم 9 - 7 **خرداد ماه** 1390 1

نام منطقه (1)	جمعیت هدف (2)	کل خانوارهای هدف (3)	خانوار بازدیدشده (4)	جمعیت واکسینه شده در این عملیات (5)	درصد پوشش ایمنسازی (6)	تعداد کودکانیکه تا قبل از این عملیات هیچ دزی از واکسن دریافت نکرده‌اند. (7)						درصد خانوارهای بازدید شده در این عملیات (8)
						زیر یکماه	سن برحسب ماه 1-11	12-23	24-35	36-47	48-59	
جمع کل												

(9) **تعداد AFP (فلج شل حاد در** 24 **ماه گذشته)**

نام ونام خانوادگی مورد	سن	نام پدر	نام مادر	آدرس دقیق

نام و نام خانوادگی رئیس مرکز بهداشت : ..... **امضاء** .....

بسمه تعالی

فرم شماره 2/3ویژه خانوارهای مهاجرین ساکن سایرمناطق **وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی**

معاونت بهداشتی دانشگاه .....

مرکز بهداشت شهرستان.....

فرم خلاصه اطلاعات واکسیناسیون تکمیلی خانه به خانه فلج اطفال شهرستان

نوبت اول 5 - 3 **اردیبهشت ماه** 1390 1

نوبت دوم 9 - 7 **خرداد ماه** 1390 1

نام منطقه (1)	جمعیت هدف (2)	کل خانوارهای هدف (3)	خانوار بازدیدشده (4)	جمعیت واکسینه شده در این عملیات (5)	درصد پوشش ایمنسازی (6)	تعداد کودکانیکه تا قبل از این عملیات هیچ دزی از واکسن دریافت نکرده‌اند. (7)						درصد خانوارهای بازدید شده در این عملیات (8)
						سن برحسب ماه					زیر یکماه	
						48 - 59	36 - 47	24 - 35	12 - 23	1 - 11		
جمع کل												

(9) **تعداد AFP (فلج شل حاد در** 24 **ماه گذشته)**

نام ونام خانوادگی مورد	سن	نام پدر	نام مادر	آدرس دقیق

نام و نام خانوادگی رئیس مرکز بهداشت : ..... **امضاء** .....

بسمه تعالی

فرم شماره 3/1 ویژه خانوارهای ایرانی **وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی**

مرکز بهداشت استان .....

فرم خلاصه اطلاعات واکسیناسیون تکمیلی خانه به خانه فلج اطفال دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

نوبت اول 5 - 3 **اردیبهشت ماه** 1390 1

نوبت دوم 9 - 7 **خرداد ماه** 1390 1

نام شهرستان (1)	جمعیت هدف (2)	کل خانوارهای هدف (3)	خانوار بازدیدشده (4)	جمعیت واکسینه شده در این عملیات (5)	درصد پوشش ایمنسازی (6)	تعداد کودکانیکه تا قبل از این عملیات هیچ دزی از واکسن دریافت نکرده‌اند. (7)						درصد خانوارهای بازدید شده در این عملیات (8)
						سن برحسب ماه						
						زیر یکماه	1 - 11	12 - 23	24 - 35	36 - 47	48 - 59	
جمع کل												

(9) **تعداد AFP (فلج شل حاد در** 24 **ماه گذشته)**

نام ونام خانوادگی مورد	سن	نام پدر	نام مادر	آدرس دقیق

نام و نام خانوادگی معاون بهداشتی :..... **امضا** .....

بسمه تعالی

فرم شماره 2/3ویژه خانوارهای مهاجرین ساکن اردوگاه **وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی**

مرکز بهداشت استان .....

فرم خلاصه اطلاعات واکسیناسیون تکمیلی خانه به خانه فلج اطفال دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

نوبت اول 5 - 3 **اردیبهشت ماه** 1390 1

نوبت دوم 9 - 7 **خرداد ماه** 1390 1

نام شهرستان (1)	جمعیت هدف (2)	کل خانوارهای هدف (3)	خانوار بازدیدشده (4)	جمعیت واکسینه شده در این عملیات (5)	درصد پوشش ایمنسازی (6)	تعداد کودکانیکه تا قبل از این عملیات هیچ دزی از واکسن دریافت نکرده‌اند. (7)						درصد خانوارهای بازدید شده در این عملیات (8)
						سن برحسب ماه					زیر یکماه	
						48 - 59	36 - 47	24 - 35	12 - 23	1 - 11		
جمع کل												

(9) **تعداد AFP (فلج شل حاد در** 24 **ماه گذشته)**

نام ونام خانوادگی مورد	سن	نام پدر	نام مادر	آدرس دقیق

نام و نام خانوادگی معاون بهداشتی : ..... **امضاء** .....

بسمه تعالی

فرم شماره 3/3 ویژه خانوارهای مهاجرین ساکن سایر مناطق وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

مرکز بهداشت استان.....

فرم خلاصه اطلاعات واکسیناسیون تکمیلی خانه به خانه فلج اطفال دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

نوبت اول 5 - 3 **اردیبهشت ماه** 1390 1

نوبت دوم 9 - 7 **خرداد ماه** 1390 1

نام شهرستان (1)	جمعیت هدف (2)	کل خانوارهای هدف (3)	خانوار بازدیدشده (4)	جمعیت واکسینه شده در این عملیات (5)	درصد پوشش ایمنسازی (6)	تعداد کودکانیکه تا قبل از این عملیات هیچ دزی از واکسن دریافت نکرده‌اند. (7)						درصد خانوارهای بازدید شده در این عملیات (8)
						سن برحسب ماه						
						زیر یکماه	1 - 11	12 - 23	24 - 35	36 - 47	48 - 59	
جمع کل												

(9) **تعداد AFP (فلج شل حاد در** 24 **ماه گذشته)**

نام ونام خانوادگی مورد	سن	نام پدر	نام مادر	آدرس دقیق

نام و نام خانوادگی معاون بهداشتی : ..... **امضاء** .....