**فرم بازگشایی ویال واکسن**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **پولیو خوراکی** | **ثلاث** | **پنوموکوک** | **پولیو تزریقی** | **پنتاوالان** | **توأم بزرگسال** | **MMR** | **روتاویروس** | **هپاتیت B** |
| تاریخ گشایش |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| تاریخ انقضاء |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| شماره سریال |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| تاریخ گشایش |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| تاریخ انقضاء |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| شماره سریال |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| تاریخ گشایش |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| تاریخ انقضاء |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| شماره سریال |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| تاریخ گشایش |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| تاریخ انقضاء |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| شماره سریال |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| تاریخ گشایش |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| تاریخ انقضاء |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| شماره سریال |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| تاریخ گشایش |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| تاریخ انقضاء |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| شماره سریال |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **این فرم باید برای تمامی واکسنها تکمیل و پس از پر شدن آن بایگانی و برای اقدامات بعدی نگهداری شود** |