



"معرفی نامه مادر باردار جهت دریافت واکسن سینوفارم"

شهرستان: مرکز / پایگاه سلامت / خانه بهداشت: تاریخ:

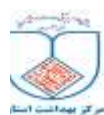
بدینوسیله خانم با کد ملی (با سن بارداری هفته / روز پس از ختم بارداری) که با بررسی موارد ذیل واجد شرایط واکسیناسیون می باشد، جهت تزریق واکسن سینوفارم معرفی می گردد:

☐ سن ۱۸ سال و بالاتر

☐ سن بارداری بالای ۱۲ تا ۳۹ هفته یا ۱۰ لغایت ۱۵ روز پس از ختم بارداری

☐ فاقد بیماری حاد و یا بیماری زمینه ای کنترل نشده

مهر و امضا ماما/ماما مراقب/بهورز معرفی کننده :



"معرفی نامه مادر باردار جهت دریافت واکسن سینوفارم"

شهرستان: مرکز / پایگاه سلامت / خانه بهداشت: تاریخ:

بدینوسیله خانم با کد ملی (با سن بارداری هفته / روز پس از ختم بارداری) که با بررسی موارد ذیل واجد شرایط واکسیناسیون می باشد، جهت تزریق واکسن سینوفارم معرفی می گردد:

☐ سن ۱۸ سال و بالاتر

☐ سن بارداری بالای ۱۲ تا ۳۹ هفته یا ۱۰ لغایت ۱۵ روز پس از ختم بارداری

☐ فاقد بیماری حاد و یا بیماری زمینه ای کنترل نشده

مهر و امضا ماما/ماما مراقب/بهورز معرفی کننده :



"معرفی نامه مادر باردار جهت دریافت واکسن سینوفارم"

شهرستان: مرکز / پایگاه سلامت / خانه بهداشت: تاریخ:

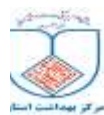
بدینوسیله خانم با کد ملی (با سن بارداری هفته / روز پس از ختم بارداری) که با بررسی موارد ذیل واجد شرایط واکسیناسیون می باشد، جهت تزریق واکسن سینوفارم معرفی می گردد:

☐ سن ۱۸ سال و بالاتر

☐ سن بارداری بالای ۱۲ تا ۳۹ هفته یا ۱۰ لغایت ۱۵ روز پس از ختم بارداری

☐ فاقد بیماری حاد و یا بیماری زمینه ای کنترل نشده

مهر و امضا ماما/ماما مراقب/بهورز معرفی کننده :



"معرفی نامه مادر باردار جهت دریافت واکسن سینوفارم"

شهرستان: مرکز / پایگاه سلامت / خانه بهداشت: تاریخ:

بدینوسیله خانم با کد ملی (با سن بارداری هفته / روز پس از ختم بارداری) که با بررسی موارد ذیل واجد شرایط واکسیناسیون می باشد، جهت تزریق واکسن سینوفارم معرفی می گردد:

☐ سن ۱۸ سال و بالاتر

☐ سن بارداری بالای ۱۲ تا ۳۹ هفته یا ۱۰ لغایت ۱۵ روز پس از ختم بارداری

☐ فاقد بیماری حاد و یا بیماری زمینه ای کنترل نشده

مهر و امضا ماما/ماما مراقب/بهورز معرفی کننده :