# فرم گزارش راکسیون ناشی از تزریق واکسن های تولیدی شرکت وتال ترکیه

# ( وارداتی توسط شرکت رادین صنعت رایان)

واکسن و اجرای برنامه واکسیناسیون یکی از رایج ترین و مؤثرترین راهکارهای پیشگیری، کنترل و حتی ریشه کنی بیماریها خصوصاً بیماریهای دامی محسوب می گردد؛ با این حال حضور ترکیبات مختلف در ساختار واکسن از قبیل آنتی ژن، ادجوانت و سایر نگهدارنده ها شرایط را برای بروز واکنش های جانبی فراهم می‌نماید و همچنین استرس های مختلف در زمان اجرای برنامه واکسیناسیون از قبیل: دمای هوا، استرس های تغذیه ای و... فرایند بروز آن را تشدید می کنند. اگرچه اعتقاد بر آن است که واکسنهای تولیدی شرکت وتال تحت شرایط استاندارد، بر اساس فارماکوپه اروپا و نظارت های عالی تولید و پس از طی فرایندهای کنترل کیفی سخت گیرانه اتحادیه اروپا آزمایش و اجازه مصرف یافته است، لیکن با لحاظ نمودن شرایط و فرایندهای فوق الذکر، احتمال بروز عارضه راکسیون ناشی از تزریق آن **صفر نبوده** و لازم است اکیپ های واکسیناسیون:

- ✓ موارد و الزامات قید شده در بروشور واکسن ها و راهنمای واکسیناسیون مطلوب انتشار یافته توسط این شرکت را مطالعه و رعایت نمایند.
- ✓ واکسیناسیون دام ها در ساعاتی از روز با هوای خنک، در آرامش کامل و بدون وارد نمودن هر گونه استرس به گله انجام شود.
- ✓ در صورت مشاهده موارد شوک (افزایش حرکات تنفسی، تنفس با دهان باز، خروج کف از دهان، بروز تورم و چروک های پوستی در نواحی صورت و گردن و اطراف اندام تناسلی، قطع اشتها و نشخوار، بی قراری) فوراً از داروهای ضد شوک مطابق با بروشور هر واکسن از قبیل آنتی هیستامین ها و آدرنالین استفاده گردد.
- ✓ توقف حداقل یک ساعته واکسیناتور یا دامدار در واحد اپیدمیولوژیک پس از اتمام برنامه واکسیناسیون زیان های احتمالی ناشی از راکسیون های ناخواسته (Unwanted Reaction) را کاهش خواهد داد.
- ✓ در بروز عوارض ناخواسته واکسن ها، دلایلی از قبیل حمل و نقل دام، نگهداری نامناسب واکسن، اجرای عملیات واکسیناسیون نامطلوب و همچنین شرایط فیزیولوژیک و پاتولوژیک میزبان دریافت کننده واکسن، نیز بایستی مد نظر قرار گیرد.

با این حال در صورت بروز احتمالی موارد و عوارض ناخواسته، **متعاقب استفاده از واکسن های تولیدی شرکت وتال**، خواهشمند است مراتب در اسرع وقت از طریق راههای ارتباطی زیر به دفتر نمایندگی رسمی شرکت وتال در ایران (**شرکت رادین صنعت رایان**) منعکس گردد تا ضمن بررسی سریع و دقیق موضوع از سوی کارشناسان معتمد و خبره این شرکت، به منظور رفع مشکلات و جلوگیری از موارد ناخواسته دیگر، اقدامات لازم از سوی تولید کننده واکسن و نیز شرکت واردکننده بعمل آید.

اعتقاد ما بر استفاده از محصولات بیولوژیک با کیفیت و بهبود آنها با تکیه بر بازخوردها و نقطه نظرات کاربران اصلی واکسن و ذینفعان آن بوده و می باشد.

شماره تلفن: ۱-۲۶۳۰۹۴۴۰-۰۲۱ شماره فاکس: ۰۲۱-۲۶۳۰۹۵۱۶

ایمیل: info@twora.ir سایت: www.twora.ir

## فرم شماره ۱: گزارش آنی و فوری رخدادهای ناخواسته متعاقب واکسیناسیون با واکسن تولیدی وتال ترکیه

بدینوسیله اعلام می دارد (اطلاعات دامدار):

اینجانب..... فرزند ..... به کد ملی..... ساکن روستای..... شهرستان .....

استان..... دارای تعداد ..... رأس دام ( ..... رأس گاو، ..... رأس گوسفند و بز) می باشم که از مجموع .....

رأس گاو، ..... رأس گوسفند و بز واکسینه شده در روز..... مورخ ...../...../..... توسط آقای..... واکسیناتور بخش

دولتی □ خصوصی □ با استفاده از واکسن (نام واکسن به صورت کامل قید شود) ..... به شماره

بچ..... دارای تاریخ انقضای.....، در تعداد ..... رأس گاو و گوساله / تعداد ..... رأس گوسفند و بز،

عوارض واکسن به شرح زیر مشاهده شد:

- **تلفات:** ..... رأس گاو□ ..... رأس گوساله □ ..... رأس گوسفند وبز□
- **کشتار اضطراری:** ..... رأس گاو□ ..... رأس گوساله □ ..... رأس گوسفند و بز □
- سقط **جنین:** ..... رأس گاو□ ..... رأس گوسفند و بز □

شماره همراه ..... تلفن ثابت.....

امضاء دامدار

اطلاعات واکسیناتور/ مرکزمایه کوبی

موارد قید شده در بالا مورد تائید اینجانب ..... واکسیناتور بخش دولتی □ خصوصی □ (فعال در مرکز مایه کوبی دارای مجوز فعالیت به شماره .....) که واکسیناسیون دامداری آقای/خانم..... را بر عهده داشته ام، می باشد.

کد ملی واکسیناتور ..... شماره همراه..... تلفن ثابت محل خدمت / مرکز مایه کوبی .....

❖ **برگه ثبت اطلاعات GIS مربوطه، ممهور به مهر مسئول فنی مرکز، همراه فرم ها ارسال شود. (در صورت عدم ارسال بررسی نخواهد شد.)**

مهر و امضا واکسیناتور

مهر و امضا مرکز مایه کوبی

شماره تلفن: ۱-۲۶۳۰۹۴۴۰-۰۲۱ شماره فاکس: ۰۲۱-۲۶۳۰۹۵۱۶

ایمیل: info@twora.ir سایت: www.twora.ir

**فرم شماره ۲: گزارش تکمیلی عوارض ناخواسته متعاقب واکسیناسیون متعاقب استفاده از واکسن وارداتی وتال ترکیه**

(این فرم توسط واکسیناتور و بر اساس مفاد اطلاعات وارده در سیستم GIS تکمیل گردد.)

استان ..... شهرستان ..... نام واحد اپیدمیولوژیک ..... کد اپیدمیولوژیک واحد .....

## مشخصات واحد اپیدمیولوژیک

| نوع دامداری | | تعداد دام موجود | | تعداد دام های مایه کوبی شده | تعداد دام راکسیون داده | نوع و نژاد | سن و جنس |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| صنعتی | روستایی | گاو وگوساله | گوسفند و بز | | | | |
| | | | | | | | |

## زمان وقوع عارضه

| | زمان مشاهده عارضه | زمان اطلاع به واکسیناتور/ دامپزشک | زمان بررسی از سوی دامپزشک |
|---|---|---|---|
| تاریخ | | | |
| ساعت | | | |

## مشخصات واکسن و نحوه واکسیناسیون

| نام کامل واکسن | شماره بچ | تاریخ انقضاء | تعداد ویال مصرفی | میزان دز مصرفی | محل تزریق | نوع تزریق |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

- **علایم بالینی:** (علایم راکسیون های مشاهده شده در دام را توضیح دهید).

.....

.....

.....

.....

- **مشاهدات کالبدگشایی:** (ارسال عکس از تمام اعضای داخلی بدن دام الزامی است)

.....

.....

.....

.....

- **اقدامات درمانی و داروهای مورد استفاده از سوی دامپزشک (به صورت دقیق و خوانا نوشته شود):**

.....

.....

.....

.....

- **گزارش نهایی دامپزشک:**

.....

.....

.....

**مهر و امضا دامپزشک**

**تاریخ** ...../...../.....

## مشخصات دام های راکسیون داده

| نژاد | جنس | سن دام (ماه) | وزن (دام های نر) | سن جنین سقط شده (ماه) | برآورد قیمت خسارت (تلفات، سقط *) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

❖ **ملاک قیمت گذاری دام های تلف شده و یا کشتاری، بر اساس صندوق بیمه محصولات کشاورزی سال جاری خواهد بود.**

شرکت رادین صنعت رایان (تورا)