

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Form no: 013
İL: _____
İLÇE/TSM: _____
KURUM/AH: _____

AŞI SONUÇLARI ÇİZELGESİ

YIL: _____
AY: _____

TOPLAM NÜFUS: _____
0-11 AY BEBEK NÜFUSU: _____
AYLIK 0-11 AY BEBEK NÜFUSU: _____

AŞI	YAŞ GRUPLARINA GÖRE YAPILAN AŞI DOZLARI							
	Uygulama	0 YAŞ (0-11 ay)	1 YAŞ (12-23 ay)	2-4 YAŞ (24-59 ay)	5-9 YAŞ	10-14 YAŞ	15 YAŞ ve Üzeri	TOPLAM
DaBT-İPA-Hib AŞISI	I							
	II							
	III							
	R							
TOPLAM DaBT-İPA-Hib								
Hib AŞISI	I							
TOPLAM Hib								
ORAL POLİO AŞISI	I							
	II							
	III							
	R							
TOPLAM POLİO								
KIZAMIK KIZAMIKÇIK KABAKULAK AŞISI	I							
	R							
TOPLAM KKK								
PPD								
BCG AŞISI								
HEPATİT B AŞISI	I	BD	Bİ	T				
	II							
	III							
TOPLAM Hep B								
KIZAMIKÇIK AŞISI								
Okul Td AŞISI								
DİĞER Td								
15-49 YAŞ KADIN Td AŞISI		GEBE			GEBE DEĞİL			
	Td1							
	Td2							
	Td3							
	Td4							
	Td5							
TOPLAM Td								

Hepatit B aşısının 0-11 ay grubuna 1. doz uygulaması bölge dışında (hastane, diğer kurumlar) yapıldı ise BD sütununa; kendi kurumunuzda yapıldı ise Bİ (Bölge içi) sütununa yazılacaktır. BD ve Bİ sütunlarının toplamı T 8 Toplam) sütununda belirtilecektir.