



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شماره : .....۱۲/۶/۶۴۲۷/پ  
تاریخ : .....۱۴/۰۶/۱۴  
ساعت : .....۷:۵۹  
پیوست : .....ندارد

مرکز بهداشت استان اصفهان

جناب آقای دکتر حیدری طبایی زواره، معاون محترم درمان  
جناب آقای دکتر ایرج، رئیس محترم دانشکده پزشکی  
جناب آقای دکتر منتظری، رئیس محترم سازمان نظام پزشکی اصفهان  
جناب آقای دکتر احمدی، رئیس محترم انجمن زنان و زایمان  
جناب آقای دکتر بهرامی، رئیس محترم دانشکده پرستاری و مامایی  
سرکار خانم پویا، رئیس محترم جمعیت مامایی اصفهان  
سرکار خانم دکتر والیانی، رئیس محترم انجمن مامایی

با سلام و احترام

بدینوسیله به پیوست نامه شماره ۳۰۲/۱۰۱۴۶ مورخ ۱۴۰۱/۶/۶ مدیر کل محترم دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس معاونت بهداشت وزارت متبوع در خصوص "واکسیناسیون مادران باردار علیه بیماری کووید ۱۹" ارسال می گردد.

لازم به ذکر است برای تزریق دوز یادآور واکسن بیماری کووید ۱۹، بایستی مطابق دستور عمل های کشوری اقدام گردد. لذا در مادران باردار بالای ۱۸ سال که حداقل ۶ ماه از نوبت قبلی واکسن گذشته، توصیه به دریافت نوبت یادآور (سوم یا چهارم) صورت می گیرد و تنها واکسن مجاز به تزریق در دوران بارداری واکسن سینوفارم می باشد. مستدعی است دستور فرمایید مراتب به گروه های آموزشی ذیربط و کلیه ی بخش های خصوصی و دولتی ارایه خدمات سرپایی به مادران باردار، اطلاع رسانی گردد.

دکتر حمید گله داری  
سرپرست معاونت بهداشت  
و رئیس مرکز بهداشت استان