لطفا نکات زیر برای تایپ سوال : ات دقت شود

فرمت پیشنهادی word برای ورود سوال : ات از آن

* خطوط جداول فقط برای نمایش قرار داده شده است.
* هر سوال : در یک جدول مستقل آورده میشود
* سطر اول نام آزمون مرتبط قرار داده میشود.
* شماره سوال : و گزینه ها به عنوان مرجع برای آنالیز سوالات در نظر گرفته میشود .
* تعداد جدول در هر صفحه مهم نیست
* افزایش ارتفاع جدول بدلیل زیاد بودن متن سوال : مهم نیست.
* تعداد جدول های درج شده صرفا جهت راحتی کار بوده و در صورت کم شدن تعداد جدول ها و زیاد شدن آن مشکلی در ورود سوالات پیش نمی آید. (تعداد سوالات ورودی به تعداد جدول ها)
* ورود اطلاعات منبع اختیاری می باشد

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **نام آزمون:** | |
| 1 | سوال : **-کدام مورد درخصوص ثبت فرم دمای یخچال صحیح نیست ؟** | |
|  | الف | دیگر نیازی به تکمیل آن نیست |
|  | ب | درجای مناسب به مدت 3 سال به صورت پرونده نگهداری شود. |
|  | ج | بایستی با خودکار تکمیل شود. |
|  | د | با ید روزی 2 بارثبت شود |
| منبع: |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **نام آزمون:** | |
| 2 | سوال :  **درمورد دماسنج ها کدام مورد صحیح است؟** | |
|  | الف | دماسنج های میله الکلی نیاز به کالیبراسیون ندارند. |
|  | ب | دماسنج های عقربه ای درصورت افتادن وضربه ودرمحیط مرطوب کالیبراسیون خود را ازدست می دهند |
|  | ج | دماسنج های عقربه ای دیگر موردتوصیه سازمان جهانی بهداشت نمی باشد |
|  | د | هرسه مورد |
| منبع: |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **نام آزمون:** ایمن سازی واستانداردهای زنجیره سرما | |
| 3 | سوال : **طبق مستندات sop فاصله توصیه شده یخچال واکسن از پشت وطرفین ...... سانتی متر واز سقف .... سانتی متر می باشد**. | |
|  | الف | 30 و 40 |
|  | ب | ) 15-20-و 20-25 |
|  | ج | 30 و30 |
|  | د | 15-20 و25 |
| منبع: | برنامه وراهنمای ایمنسازی چاپ 1394- مجموعه استانداردهای زنجیره سرما | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **نام آزمون:** | |
| 4 | سوال : - کدامیک درمورد حلال واکسن صحیح نیست؟ | |
|  | الف | یخ زدن حلال مشکلی درواکسیناسیون ایجاد نمی کند. |
|  | ب | حلال واکسن باید دریخجال کنار واکسن مربوطه نگهداری شود. |
|  | ج | هرواکسن جامد باید با حلال مخصوص خود بازسازی شود |
|  | د | حلا ل ها نیز مانند واکسن شماره ساخت وتاریخ انقضا دارند |
| منبع: |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **نام آزمون:** | |
| 5 | سوال :  **- دربررسی دمای یخچال متوجه می شوید که دما بین 2-0 درجه سانتی گراد است اولین اقدام کدام است؟** | |
|  | الف | صفحه جداکننده زیر بخش یخدان یخچال را بررسی و تنظیم نمایید |
|  | ب | دمای اتاق را به 25-20 درجه سانتیگراد برسانید |
|  | ج | ترموستات را تنظیم کرده و آن را در حداقل درجه بگذارید. |
|  | د | هیچ اقدامی لازم نیست. |
| منبع: |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **نام آزمون:** | |
| 6 | سوال : **منظور از آیس پک آماده کدام است؟** | |
|  | الف | آیس پکی است که پس ازخارج شدن ازفریزر برای مدت 30 دقیقه یا بیشتر در حرارت داخل اتاق نگهداری شود |
|  | ب | آیس پکی است که پس ازخارج شدن ازفریزردرمرحله است که یخ داخل آیس پک شروع به آب شدن بکند. (یعنی در هنگام تکان دادن صدای مخلوط آب و یخ شنیده شود). |
|  | ج | آیس پکی آماده می­باشد که مقدار کمی آب (مایع) در داخل آیس پک بوجود بیاید. این مرحله را می توان با تکان دادن آیس پک تشخیص داد |
|  | د | هرسه مورد |
| منبع: |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **نام آزمون:** | |
| 7 | سوال : : **کدام مورددرخصوص شاخص ویال واکسن ( VVM ) صحیح است؟** | |
|  | الف | شاخص ويال واكسن يك برچسب حساس به حرارت است كه روي ويال نصب مي شود |
|  | ب | به صورت تجمعي ميزان مواجهه با حرارت را نشان دهد. |
|  | ج | در واکسن های تک دزی بر روی درب سرپوش ویال نصب می شود |
|  | د | هرسه مورد |
| منبع: |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **نام آزمون:** | |
| 8 | سوال : **کدامیک از محدودیت های شاخص ویال واکسن می باشد؟** | |
|  | الف | باوجود اینکه بسياري از واكسن هاي مايع در اثر يخ زدن آسيب مي بينند و شاخص ويال واكسن هيچ اطلاعاتي در اين زمينه نمي دهد |
|  | ب | نمی توان مستقیما اثربخشی واکسن را اندازه بگیرد. |
|  | ج | موردالف وب |
|  | د | هیچکدام |
| منبع: |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **نام آزمون:** | |
| 9 | سوال : **چیدمان کدامیک از واکسن های زیر طبقه فوقانی می باشد؟** | |
|  | الف | فلج اطفال |
|  | ب | ب ث ژ |
|  | ج | MMR |
|  | د | هرسه مورد |
| منبع: |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **نام آزمون:** | |
| 10 | سوال : **- چیدمان کدامیک از واکسن های زیر طبقه میانی یا پایینی یخچال می باشد** | |
|  | الف | ثلاث ،هپاتیت ،توام بزرگسال ،پولیوخوراکی |
|  | ب | توام خردسال ،پنتاوالان ،فلج اطفال ،ب ثٍ ژ |
|  | ج | پنتاوالان ،توام بزرگسال ،توام خردسال ، هپاتیت ،ثلاث |
|  | د | هرسه مورد |
| منبع: |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **نام آزمون:** | |
| 11 | سوال : **کدام مورد درخصوص نصب ونگهداری یخچال صحیح نیست ؟** | |
|  | الف | اگرسيم برق خيلي بزرگ وطویل است می توان با حلقه نمودن آنرا کوتاه کرد |
|  | ب | ترجیحاً در نزدیکی پریز برق باشد. |
|  | ج | یخچال مجاور رادیاتور ، بخاری یا سایر وسایل گرمایش قرار نگیرد |
|  | د | محل قرار گیری یخچال دور‌ از نور مستقيم‌ آفتاب‌ باشد |
| منبع: |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **نام آزمون:** | |
| 12 | سوال : **حساسترین واکسن یا واکسن ها به سرما کدام است ؟** | |
|  | الف | پولیوی خوراکی |
|  | ب | هپاتیت |
|  | ج | BCG |
|  | د | هیچکدام |
| منبع: |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **نام آزمون:** | |
| 13 | سوال : **حساس ترین واکسن به گرما کدام است؟** | |
|  | الف | ب ث ژ |
|  | ب | MMR |
|  | ج | پولیو خوراکی |
|  | د | هیچکدام |
| منبع: |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **نام آزمون:** | |
| 14 | سوال : **درمورد محل قرار گرفتن دماسنج دریخچال واکسن کدام مورد صحیح است؟** | |
|  | الف | طبقه بالا روی واکسن های حساس به گرما |
|  | ب | طبقه میانی روی واکسن های حساس به سرما |
|  | ج | طبقه بالا وروی واکسن های حساس به سرما |
|  | د | طبق میانی روی واکسن های حساس به گرما |
| منبع: |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **نام آزمون:** | |
| 15 | سوال : **کدام مورد درخصوص پرت (ضایعات ) واکسن درست است.** | |
|  | الف | پرت واکسن بایستی در تمامی خانه های بهداشت ومراکز بهداشتی ودرمانی ومراکز سلامت محاسبه شود. |
|  | ب | عدد ثابتی است که برای تمام مراکز یکسان است |
|  | ج | فقط درستاد شهرستان باید محاسبه می شود |
|  | د | در خانه های بهداشت ومراکز بهداشتی نیازی به محاسبه آن نیست |
| منبع: |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **نام آزمون:** | |
| 16 | سوال : **کدامیک در محاسبه فاکتورپرت لازم است؟** | |
|  | الف | موجودی اول دوره محاسبه |
|  | ب | موجودی آخر دوره محاسبه |
|  | ج | تعداد افراد واکسینه شده |
|  | د | هرسه مورد |
| منبع: |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **نام آزمون:** | |
| 17 | سوال : **کدام مورد از عوامل اصلی ومهم تاثیر گزار بر ضایعات (پرت واکسن ) می باشد ؟** | |
|  | الف | مقدار دز برویال |
|  | ب | کیفیت زنجیره سرما |
|  | ج | پراکندگی جمعیت |
|  | د | هرسه مورد |
| منبع: |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **نام آزمون:** | |
| 18 | سوال : **کدام مورد درخصوص پرت ویال های بازشده صحیح است ؟** | |
|  | الف | تغییر رنگ VVM |
|  | ب | یخ زدگی |
|  | ج | الف وب |
|  | د | گم شدگی |
| منبع: |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **نام آزمون:** | |
| 19 | سوال : **درزمان تحویل واکسن ثبت مشخصات واکسن (تاریخ انقضا و.... ) برعهده چه کسی است ؟** | |
|  | الف | تحویل گیرنده واکسن |
|  | ب | مسئول بهداشت خانواده |
|  | ج | مسئول مرکز |
|  | د | تحویل دهنده واکسن |
| منبع: |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **نام آزمون:** | |
| 20 | سوال : **نوشتن کدامیک از مشخصات واکسن در دفتر موجودی واکسن اجباری است ؟** | |
|  | الف | شماره سریال |
|  | ب | مقدار دز تحویلی برحسب دز ودز برویال |
|  | ج | تاریخ انقضا |
|  | د | د) هرسه مورد |
| منبع: |  | |