|  |
| --- |
| فرم  ورود اطلاعات مصدومان  ناشی از گزش جانوران زهر آگین (عقرب و مار ) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| استان : | دانشگاه : | شهرستان : |
| نام بیمارستان: | مرکز ج خ سلامت:  |
| سال:    | ماه : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نام پدر مصدوم: | نام خانوادگی : | نام:  |
| جنس: | تاریخ تولد: | کد ملی: |
| شغل: | وزن به کیلوگرم: | شهرستان محل سکونت:  |
| استان : دانشگاه : آدرس کامل محل سکونت: |
| وضعیت تاهل: | ملیت: | سطح تحصیلات: |
| ساعت مراجعه: | تاریخ مراجعه : | تلفن/ موبایل: |
| نام سایر جانور گزنده: | نوع جانور گزنده: | نام جانوران گزنده: |
| ناحیه آناتومیک گزش: | زمان گزش :دقیقه:  ساعت:  | تاریخ گزش: |
| مکان گزش: | منطقه جغرافیایی رخداد گزش: | سابقه گزش : |
| نوع بیماری زمینه ای: | آیا بیمار بیماری زمینه ای دارد: | دریافت درمان های محلی پیش از مراجعه: |
| مقصد اعزام (نام بیمارستان) : | تاریخ اعزام/ارجاع: | آیا مصدوم نیاز به ارجاع یا ارجاع شده است؟ |
| سابقه ازدیاد حساسیت : |  نوع اقدامات و درمان ها (نام ببرید) :اقدامات احیاءشستشوی محل گزشپانسمان زخمتجویز محلولهای کریستالوئیدیتجویز آنتی ونومتجویز توکسوئید یا واکسن کزازتجویز آنتی بیوتیکتجویز آنتی هیستامینتجویز کورتیکواستروئیدهمه موارد فوق | علائم موضعی بیمار در هنگام مراجعه به بخش اورژانس : |
| فاصله زمانی بین گزش تا مراجعه به مرکز : |
| تزریق آنتی ونوم : تعداد آنتی ونوم: |
| علائم عمومی بیمار در هنگام مراجعه به بخش اورژانس : |
| سابقه دریافت آنتی ونوم قبلی : |
| سایر علائم عمومی ذکر گردد : |
| نام بیمارستان بستری : | نوع آنتی ونوم دریافتی قبلی : |
| محل فوت: | فاصله زمانی بین مراجعه به مرکز تا تزریق آنتی ونوم : |
| مدت بستری : |
| علت فوت : |
| تاریخ بستری : |
| تاریخ فوت: |
| انجام پیگیری 7 روز بعد : |
| نتایج اقدامات درمانی : |
| عوارض پیگری 7 روز بعد: |
| انجام پیگیری یکسال بعد: |
| انجام پیگیری یکماه بعد: |
| عوارض یکسال بعد: | عوارض یکماه بعد: |
| نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم : | تاریخ تکمیل فرم : |