|  |
| --- |
| 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 احیاء  شستشوی محل گزش  پانسمان زخم  تجویز محلولهای کریستالوئیدی  تجویز آنتی ونوم  تجویز توکسوئید یا واکسن کزاز  تجویز آنتی بیوتیک  تجویز آنتی هیستامین  تجویز کورتیکواستروئید  همه 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 : |