

فرم خطی عقرب گزیدگی بیمارستان

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی اصفهان

نام شهرستان.....

نام بیمارستان .....

ماه .....

ردیف	نام و نام خانوادگی مصدوم	جنس	گروه سنی	منطقه رخداد گزش	ناحیه گزش	زمان گزش	سابقه قبلی گزش	سرم	سابقه قبلی مصرف	فاصله زمانی گزش تا مراجعه و بهبودی (به ساعت)	فاصله زمانی گزش تا مراجعه و مرگ (به ساعت)	فاصله زمانی مراجعه تا تزریق و بهبودی (به ساعت)	فاصله زمانی مراجعه تا تزریق و مرگ (به ساعت)	تعداد سرم مصرفی	نحوه تزریق سرم	پیامد (بهبودی ، بستری ، فوت)
۱																
۲																
۳																
۴																
۵																
۶																
۷																
۸																
۹																
۱۰																
۱۱																
۱۲																
۱۳																
۱۴																

توجه : فرم باید پایان هر ماه تکمیل و با نامه اداری به مرکز بهداشت ارسال گردد. در صورت نداشتن موارد گزش ، گزارش صفر مرکز ارسال گردد.



فرم خطی عقرب گزیدگی مراکز ، پایگاه ها و خانه های بهداشت

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی اصفهان

نام شهرستان.....

مرکز خدمات جامع سلامت :

پایگاه خدمات جامع سلامت / خانه بهداشت :

ماه .....

ردیف	نام و نام خانوادگی مصدوم	جنس	گروه سنی	منطقه رخداد گزش	ناحیه گزش	زمان گزش	سابقه قبلی گزش	سرم	سابقه قبلی مصرف	فاصله زمانی بهبودی (به ساعت)	گزش تا مراجعه و مرگ (به ساعت)	فاصله زمانی مراجعه تا تزریق و بهبودی (به ساعت)	فاصله زمانی مراجعه تا تزریق و مرگ (به ساعت)	تعداد سرم مصرفی	نحوه تزریق سرم	پیامد (بهبودی ، بستری ، فوت)
۱																
۲																
۳																
۴																
۵																
۶																
۷																
۸																
۹																
۱۰																
۱۱																
۱۲																
۱۳																
۱۴																

توجه : فرم باید پایان هر ماه تکمیل و با نامه اداری به مرکز بهداشت ارسال گردد. در صورت نداشتن موارد گزش ، گزارش صفر مرکز ارسال گردد.

فرم خطی مارگزیدگی مراکز ، پایگاه ها و خانه های بهداشت

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی اصفهان

نام شهرستان.....

پایگاه خدمات جامع سلامت / خانه بهداشت :

مرکز خدمات جامع سلامت :

ماه .....

ردیف	نام و نام خانوادگی مصدوم	جنس	گروه سنی	منطقه رخداد گزش	ناحیه گزش	زمان گزش	سابقه قبلی گزش	سابقه قبلی مصرف سرم	فاصله زمانی گزش تا مراجعه و بهبودی (به ساعت)	فاصله زمانی گزش تا مراجعه و مرگ (به ساعت)	فاصله زمانی مراجعه تا تزریق و بهبودی (به ساعت)	فاصله زمانی مراجعه تا تزریق و مرگ (به ساعت)	تعداد سرم مصرفی	نحوه تزریق سرم	پیامد (بهبودی ، بستری ، فوت)
۱															
۲															
۳															
۴															
۵															
۶															
۷															
۸															
۹															
۱۰															
۱۱															
۱۲															
۱۳															
۱۴															

توجه : فرم باید پایان هر ماه تکمیل و با نامه اداری به مرکز بهداشت ارسال گردد. در صورت نداشتن موارد گزش ، گزارش صفر مرکز ارسال گردد.