

فرم شماره ۱ - فرم اطلاعات عمومی و اولیه گزش ناشی از جانوران زهر آگین

(خانه بهداشت / پایگاه بهداشتی / مرکز خدمات جامع سلامت / بیمارستان)

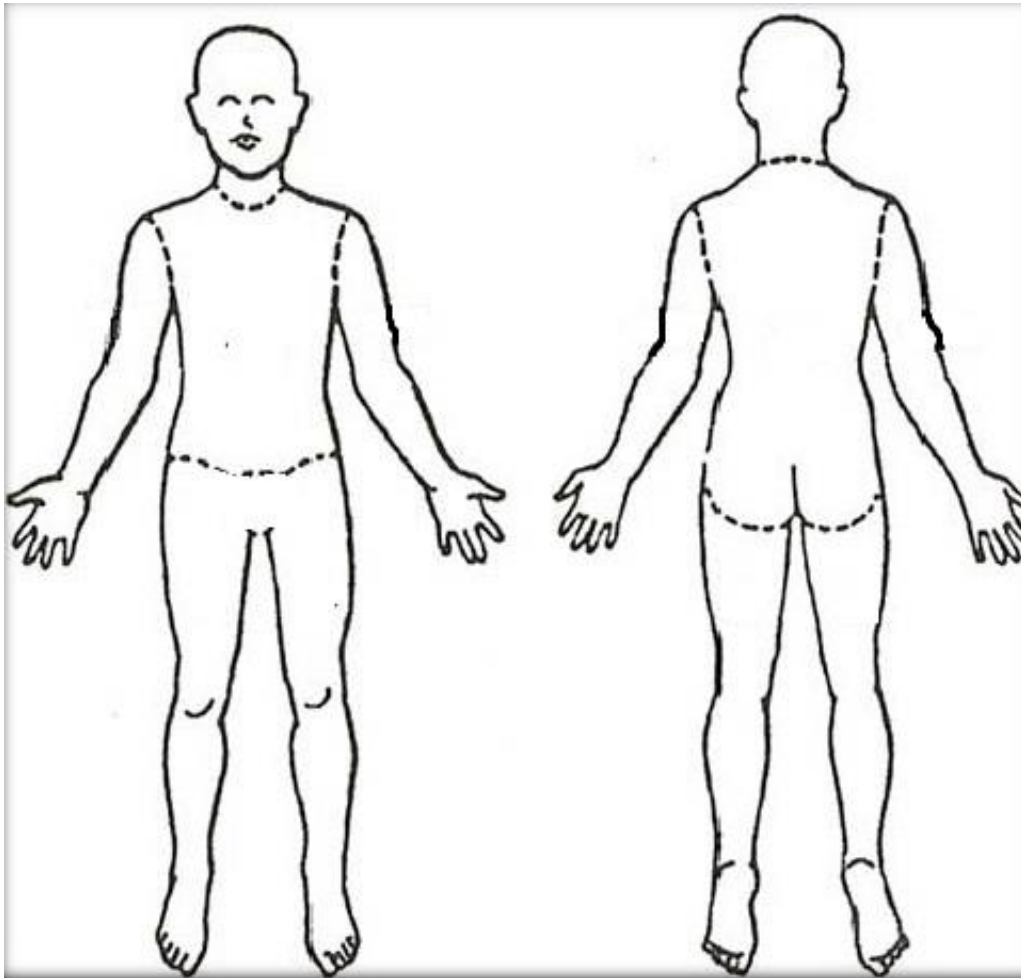
تکمیل کننده: بهورز / مراقب سلامت / کارشناس پرستاری (تربیاز بیمارستان) / پزشک

| |
|---|
| نام و نام خانوادگی: |
| کد ملی: |
| کد ملی سرپرست خانوار: |
| ملیت: |
| جنس: |
| سن (روز/ماه/سال): |
| تحصیلات: |
| شغل: |
| آدرس دقیق محل سکونت: |
| تلفن: |
| ۱) نوع جانور گزنده: عقرب <input type="checkbox"/> مار <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> |
| ۲) در صورتی که پاسخ سوال ۱ «عقرب» باشد: نوع عقرب: گادیم <input type="checkbox"/> زرد <input type="checkbox"/> سیاه <input type="checkbox"/> غیرسمی <input type="checkbox"/> مشخص نشده است <input type="checkbox"/> |
| ۳) در صورتی که پاسخ سوال ۱ «مار» باشد: نوع مار: افعی <input type="checkbox"/> کبرا <input type="checkbox"/> دریایی <input type="checkbox"/> نیمه سمی <input type="checkbox"/> غیرسمی <input type="checkbox"/> مشخص نشده است <input type="checkbox"/> |
| ۴) در صورتی که پاسخ سوال ۱ «سایر» باشد: سایر: زنبور <input type="checkbox"/> عنکبوت <input type="checkbox"/> جانوران زهر آگین دریایی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> |
| ۵) تاریخ گزش (روز/ماه/سال): |
| ۶) ساعت گزش (بر حسب ۲۴ ساعت شبانه روز): |
| ۷) مکان گزش: شهر <input type="checkbox"/> روستا <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> |
| ۸) در صورتی که پاسخ سوال قبل «سایر» باشد: پیرسد: منطقه خشکی <input type="checkbox"/> منطقه آبی <input type="checkbox"/> |
| ۹) تاریخ مراجعه (روز/ماه/سال): |
| ۱۰) ساعت مراجعه (بر حسب ۲۴ ساعت شبانه روز): |
| ۱۱) ناحیه آناتومیکی گزش (روی شکل مشخص شود) (امکان انتخاب چند عضو وجود داشته باشد) |

۱۲) آیا اقدامات اولیه برای مصدوم انجام شد؟ بله خیر

۱۳) در صورتی که پاسخ سوال ۱۲ «بله» است؛

نوع اقدامات ذکر گردد؟ آموزش باندپیچی (مطابق دستورالعمل) (امکان انتخاب هر دو گزینه فراهم باشد)



جلو (front)

پشت (back)