

فرم شماره ۳ - درمان اختصاصی (تجویز آنتی‌ونوم)

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

(۱) آیا مصدوم پیش از مراجعه درمان های محلی دریافت کرده است (نام ببرید)؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
(۲) آیا سابقه قبلی گزش با جانوران زهر آگین دارد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
(۳) در صورتی که پاسخ سوال ۲ «بله» است؛ سابقه دریافت آنتی‌ونوم در گزش قبلی: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
(۴) در صورتی که پاسخ سوال ۳ «بله» است؛ نوع آنتی‌ونوم دریافتی قبلی؟ عقرب <input type="checkbox"/> مار <input type="checkbox"/> هر دو <input type="checkbox"/>
(۵) در صورتی که پاسخ سوال ۳ «بله» است؛ سابقه بروز واکنش های ازدیاد حساسیت متعاقب دریافت آنتی‌ونوم؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
(۶) در صورتی که پاسخ سوال ۵ «بله» است؛ سابقه بروز شوک آنافیلاکتیک هنگام دریافت آنتی‌ونوم قبلی بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
(۷) آیا در این مراجعه سرم آنتی‌ونوم تزریق شد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
(۸) در صورتی که پاسخ سوال ۷ «بله» است؛ مقدار تزریق آنتی‌ونوم (تعداد ویال)؟
(۹) در صورتی که پاسخ سوال ۷ «بله» است؛ روش تزریق آنتی‌ونوم؟ وریدی <input type="checkbox"/> عضلانی <input type="checkbox"/>
(۱۰) در صورتی که پاسخ سوال ۷ «بله» است؛ تاریخ تزریق سرم
(۱۱) در صورتی که پاسخ سوال ۷ «بله» است؛ ساعت تزریق سرم
(۱۲) در صورتی که پاسخ سوال ۷ «بله» است؛ آیا واکنش های ازدیاد حساسیت متعاقب دریافت آنتی‌ونوم مشاهده شد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
(۱۳) در صورتی که پاسخ سوال ۱۲ «بله» است؛ نوع واکنش ذکر گردد
(۱۴) نتایج اقدامات درمانی: بهبودی و ترخیص <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/>