

فرم شماره ۴ - پیگیری بیماری، بررسی عوارض

تکمیل کننده: پزشک

در صورتی که پاسخ سوال ۱۴ فرم ۳ گزینه «بهبودی و ترخیص» است؛

| |
|---|
| <p>(۱) مصدوم چه مدت، به علت گزش یا عوارض ناشی از آن در بیمارستان/مرکز درمانی بستری بوده است؟</p> <p>ساعت (در صورتی که مصدوم کمتر از یک روز بستری بوده است، مدت بستری بر حسب ساعت ذکر گردد) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>روز <input type="text"/> <input type="text"/></p> |
| <p>(۱) آیا مصدوم به دلیل گزش ناشی از جانوران زهرآگین، دچار عارضه شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> |
| <p>(۲) آیا مصدوم به دلیل عوارض خاص، به سطوح بالاتر اعزام شد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> |
| <p>(۳) آیا در زمان ترخیص، مصدوم عارضه‌ای داشته است؟ (امکان انتخاب چند علامت وجود داشته باشد)</p> <p>خیر</p> <p>بله</p> <p>در صورت مثبت بودن پاسخ کدامیک از عوارض زیر وجود داشته است؟</p> <p>از بین رفتن بافت محل گزش</p> <p>زخم مزمن</p> <p>قطع عضو</p> <p>عفونت بافت نرم</p> <p>عفونت مفصل (آرتریت)</p> <p>عفونت استخوان (استئومیلیت)</p> <p>بروز بدخیمی در محل زخم ناشی از گزش</p> <p>نارسایی کلیوی</p> <p>کم کاری مزمن هیپوفیز</p> <p>دیابت بی مزه</p> <p>نواقص عصبی شامل سکته مغزی و فلج اندام</p> <p>عوارض قلبی بعد از گزش</p> <p>افسردگی، اضطراب، اختلال استرس متعاقب حادثه (PTSD)</p> <p>ضعف و کاهش قدرت عضله</p> <p>اختلال تعادل</p> <p>تورم مزمن اندام</p> |

خشکی مفصل

تغییر شکل ماندگار عضو

معلولیت (نوع اندام ذکر شود)

زمان پیگیری عوارض:

۱ سال بعد از گزش

۱ ماه بعد از گزش

۷ روز بعد از گزش