لیست خطی گزارش روزانه پی گیری موارد حیوان گزیدگی دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی اصفهان-1398

شهرستان.................... ماه .................... سال................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **نام پدر** | **سن** | **جنس** | **شغل** | **نام وتلفن اولین مرکز ارائه کننده خدمات** | **حیوان گزنده** | **تاریخ گزش** | **محل گزش** | **تعداد زخم** | **سرنوشت حیوان** | **تاریخ دریافت واکسن** | تاریخ دریافت سرم ضد هاری | تاریخ دریافت واکسن توام | نام گزارش کننده از شهرستان مبدأ | نام گیرنده گزارش در شهرستان یا استان مقصد | **آدرس محل سکونت** **تلفن ثابت وهمراه** |
| سطحی | عمقی | متواری یا مرده | تحت نظر یا زنده | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*(بصورت فاکس به معاونت بهداشتی به شماره 34485658)