**فرم گزیدگی ها**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pc2snbncdc** | **خراسان شمالی** | **بجنورد** | **شیروان** |
| **نام بیمارستان** | **مرکز ج خ سلامت:** |
| **خاتم الانبیاء**  |  |
| **سال :** | **ماه:** |

**اطلاعات بستری و نتیجه**

**پیگیری**

**اقدامات درمانی**

**اطلاعات گزش**

**اطلاعات مصدوم**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نام:** | **نام خانوادگی:** | **نام پدر مصدوم:** |
| **جنس:** |
| **شغل:** | **وزن به کیلو گرم:** | **شهرستان محل سکونت** |
| **استان: خراسان شمالی****آدرس کامل محل سکونت:** | **دانشگاه: بجنورد** |
| **وضعیت تاهل:** | **ملیت:** | **سطح تحصیلات:** |
| **تلفن / موبایل:** | **تاریخ مراجعه:** | **ساعت مراجعه:** |
| **تاریخ تکمیل فرم:** | **نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **جانور گزنده:** | **نوع جانور گزنده:** | **نام سایر جانوران گزنده:** |
| **تاریخ گزش:** | **زمان گزش:****دقیقه: ساعت:** | **ناحیه آناتومیک گزش:** |
| **مکان گزش:** | **منطقه جغرافیایی رخداد گزش:** | **سابقه گزش:** |
| **دریافت درمان های محلی پیش از** | **آیا بیمار بیماری زمینه ای دارد:** | **نوع بیماری زمینه ای:** |
| **آیا مصدوم میاز به ارجاع یا ارجاع شده است؟** | **تاریخ اعزام / ارجاع:** | **مقصد اعزام (نام بیمارستان):** |
| **تاریخ تکمیل فرم** | **نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم** |

|  |  |
| --- | --- |
| **نمی تواند خالی باشد** **تجویز محلول های کریستالوئیدی** **تجویز آنتی ونوم** **تجویز توکسوئید یا واکسن کزاز**  **تجویز آنتی بیوتیک** **تجویز آنتی هیستامین** **تجویز کورتیکواستروئید** **همه موارد فوق** | **علائم موضعی بیمار در هنگام مراجعه به بخش اورژانس****علائم عمومی بیمار در هنگام مراجعه به بخش اورژانس****سایر علائم عمومی ذکر گردد** |
| **فاصله زمانی بین گزش تا مراجعه به مرکز** | **سابقه دریافت آنتی ونوم قبلی** | **نوع آنتی ونوم دریافتی قبلی** |
| **سابقه ازدیاد حساسیت** | **تزریق آنتی ونوم** | **فاصله زمانی بین مراجعه به مرکز تا تزریق آنتی ونوم** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نام بیمارستان بستری:** | **تاریخ بستری:** | **مدت بستری:** |
| **نتایج اقدامات درمانی:** | **تاریخ فوت:** | **محل فوت:** |
| **علت فوت:** |
| **تاریخ تکمیل فرم:** | **نام و نام خانوادگی تکمیل فرم:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **انجام پیگیری 7 روز بعد:** | **عوارض پیگیری7 روز بعد:** |
| **انجام پیگیری یکماه بعد:** | **عوارض یکماه بعد:** |
| **انجام پیگیری یکسال بعد:** | **عوارض یکسال بعد:** |
| **تاریخ تکمیل فرم:**  | **نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:** |