



فرم پیگیری حیوان گزیدگی

کد پیگیری:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

منبع گزارش:

مرکز بهداشت جنوب تهران

تاریخ تکمیل فرم:

مرکز / پایگاه بهداشتی / پایگاه مشارکتی / خانه بهداشت:

مشخصات فردی

نام و نام خانوادگی: نام پدر: سن: جنس: ملیت:
شغل:
آدرس محل سکونت: تلفن:

مشخصات حادثه

حیوان مهاجم: ولگرد صاحبدار تاریخ حادثه: تاریخ مراجعه به پزشک:
تعداد و محل ضایعات ایجاد شده: علت گزش: تحریک حیوان مهاجم سایر (ذکر شود):
سابقه حیوان گزیدگی: سابقه واکسن و سرم ضد هاری (با ذکر تعداد نوبت):
سابقه واکسیناسیون در حیوان مهاجم:

اقدامات پیشگیری و درمان

تاریخ شستشوی زخم: تاریخ تلقیح واکسن توام:

تلقیح واکسن ضد هاری	نوبتهای واکسن	نوبت صفر	نوبت اول (روز سوم)	نوبت دوم (روز هفتم)	نوبت سوم (روز چهاردهم)	یادآور اول (روز سی ام)	یادآور دوم (روز نودم)
	تاریخ تلقیح واکسن						
	شماره سریال						
	تاریخ انقضاء						

تلقیح سرم حیوانی یا ایمنوگلوبولین اختصاصی انسان				
شماره سریال	تاریخ تزریق	تاریخ انقضاء	مقدار تجویز شده	محل تزریق

آموزش:

علت عدم همکاری فرد حیوان گزیده جهت ادامه واکسیناسیون:

#signature#

مهر و امضاء سرپرست مرکز:

نام و امضای کارشناس یا کاردان بیماریهای بررسی کننده: