

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی

ردیف.....

دفتر پیگیری موارد حیوان گزیدگی مرکز درمان پیشگیری هاری شهرستان

تاریخ.....

جدول واکسیناسیون هاری						نام خانوادگی: نام پدر: سن: جنس: شغل: ملیت:	
نوبت	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	آدرس منزل: تلفن ثابت:	
روز تزریق	صفر	۳	۷	۱۴	۲۸	آدرس محل کار: تلفن همراه:	
تاریخ تزریق						محل و تاریخ وقوع حادثه: استان: شهرستان: بخش: روستا:	
شماره سریال						خیابان: کوچه: پلاک: تاریخ: ساعت:	
واکسیناتور مهروامضاء						شرح واقعه.....	
در تاریخ پس از گذشت ده روز از تاریخ حیوان گزیدگی، سگ/گربه زنده است. نام و نام خانوادگی مصدوم/متعهد/نسبت فامیلی امضاء و اثر انگشت مصدوم/متعهد						نوع و سرنوشت حیوان مهاجم: نوع:	
واکسیناسیون ثلاث یا توام ***: تاریخ: ثلاث/ توام: نوبت: نوع واکسن: شماره سریال: سرم ضد کزاز:						وحشی <input type="radio"/> اهلی <input type="radio"/> ولگرد <input type="radio"/> تحت نظر <input type="radio"/> متواری <input type="radio"/> کشته <input type="radio"/> نتیجه آزمایش حیوان مهاجم.....	
واکسیناسیون ثلاث یا توام ***: تاریخ: ثلاث/ توام: نوبت: نوع واکسن: شماره سریال: سرم ضد کزاز:						چگونگی جراحات: عضو: عمیق <input type="radio"/> نیمه عمیق <input type="radio"/> سطحی <input type="radio"/> تعداد: وسعت: روی لباس <input type="radio"/> عریان <input type="radio"/>	
پیگیری موارد تاخیر						معالجات مقدماتی: شستشو با آب و صابون: شستشو با آب خالص: ضد عفونی: پانسمان: * بخیه: ارجاع جهت تجویز آنتی بیوتیک:	
نتیجه		تاریخ پیگیری	روش پیگیری (تلفنی-درب منزل)				
.....		شروع سرو واکسیناسیون هاری: تاریخ شروع: روز: ساعت: مدت تاخیر: علت تاخیر: نوع واکسن: مقدار تزریق: مقدار تزریق: مکان تزریق: واکنش: وزن: نوع سرم: شماره سریال: مقدار تزریق: محل تزریق: واکنش:			
.....		سابقه واکسیناسیون قبلی هاری: دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> تعداد دفعات تاریخ آخرین نوبت.....			

- * بخیه محل حیوان گزیدگی مطابق دستورالعمل ممنوع است / مگر در موارد اجتناب ناپذیر
- ** در مورد سرم و واکسن ضد کزاز مطابق دستورالعمل و جدول ایمنسازی کشوری اقدام شود.