

فرم مار و عقرب گزیدگی

شهرستان	بیمارستان / مرکز سلامت جامعه	تاریخ مراجعه
مشخصات بیمار:		
نام و نام خانوادگی	جنس	سن
آدرس و تلفن محل سکونت:		
مشخصات مار و عقرب گزیدگی:		
نوع گزش: <input type="checkbox"/> مارگزیدگی <input type="checkbox"/> عقرب گزیدگی		
مکان جغرافیایی گزش: <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> روستا		
ناحیه گزش: <input type="checkbox"/> سر و گردن <input type="checkbox"/> دست <input type="checkbox"/> پا <input type="checkbox"/> تنه		
ساعت گزش: <input type="checkbox"/> 12 شب تا 6 صبح <input type="checkbox"/> 6 صبح تا 12 ظهر <input type="checkbox"/> 12 ظهر تا 6 عصر <input type="checkbox"/> 6 عصر تا 12 شب		
سابقه گزش قبلی: <input type="checkbox"/> مارگزیدگی <input type="checkbox"/> عقرب گزیدگی		
فاصله زمانی گزش تا مراجعه به بخش اورژانس: <input type="checkbox"/> کمتر از 1/5 ساعت <input type="checkbox"/> 1/5 تا 3 ساعت <input type="checkbox"/> بیش از 3 ساعت		
رنگ عقرب (در صورت عقرب گزیدگی): <input type="checkbox"/> زرد <input type="checkbox"/> سیاه <input type="checkbox"/> سایر موارد		
اقدامات آنتی سرم درمانی انجام شده:		
سابقه قبلی دریافت سرم ضدعقرب گزیدگی <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد		
سابقه قبلی دریافت سرم ضد مارگزیدگی <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد		
تزریق سرم: <input type="checkbox"/> انجام شده <input type="checkbox"/> انجام نشده		
راه تجویز سرم <input type="checkbox"/> عضلانی <input type="checkbox"/> وریدی		
فاصله زمانی گزش تا تزریق سرم: <input type="checkbox"/> کمتر از 6 ساعت <input type="checkbox"/> 6 تا 12 ساعت <input type="checkbox"/> بیش از 12 ساعت		
تعداد سرم مصرفی:		
نتایج اقدامات درمانی:		
<input type="checkbox"/> بهبودی و ترخیص		
<input type="checkbox"/> بستری		
<input type="checkbox"/> اعزام		
<input type="checkbox"/> فوت تاریخ فوت علت فوت		
مهر و امضاء پزشک معالج		