

نام مرکز / شبکه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

کد فرم: ۱۰۲-۰۴-۰۴

نام واحد:

معاونت امور بهداشتی

تاریخ تکمیل: / /

فرم گزارش ماهیانه اطلاعات موارد حیوان‌گزیدگی نیازمند به درمان پیشگیری از هاری

دوره تکمیل فرم: ماهانه

ماه نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری مرکز بهداشتی درمانی روستایی خانه بهداشت:

ردیف	منطقه و نوع حیوان مهاجم	تعداد موارد		تعداد و نوع حیوان مهاجم					
		شهری	روستایی	سگ	گربه	گرگ	شغال	روپاه	غیره
				اهلی		وحشی			
۱	مجروحان نیازمند به درمان کامل (۵ نوبتی)								
۲	مجروحان نیازمند به درمان ناقص (۳ نوبتی)								
۳	مجروحان درمان نشده								
۴	مراجعات قبل از گزیدگی (Pre exposure)								
۵	نمونه‌های مشکوک آزمایش شده از حیوانات مهاجم								
۶	نمونه‌های مثبت حیوانی								
۷	موارد هاری انسانی								
۸	تعداد سگ‌های ولگرد تلف شده در ماه								
۹	تعداد کل گازگرفتن توسط سگ‌های صاحب‌دار (خانگی و گله)								
۱۰	تعداد کل گازگرفتن توسط سگ‌های ولگرد								

ملیت افراد مجروح برحسب تعداد

ایرانی	افغانی	عراقی	پاکستانی	سایر	جمع کل

وضعیت سرم و واکسن ضد هاری

واکسن هاری (دژ) ضد سرم هاری (واحد) ضد	موجودی قبل	دریافتی این ماه	مصرفی این ماه	موجودی فعلی

منظور از مجروحان نیازمند به درمان کامل افرادی هستند که حیوان مهاجم آنها از نظر هاری مثبت بوده یا متواری شده و یا تا ۱۰ روز پس از گازگرفتن فرد (در مورد سگ و گربه) در اثر هاری از بین می‌رود و بایستی برای این افراد یک دوره واکسیناسیون کامل (در ۵ نوبت) انجام شود. افراد نیازمند به درمان کامل به محض مشخص شدن وضعیت در همان ماه گزارش می‌شوند و در صورتی که هنوز وضعیت درمان آنها مشخص نشده می‌توان در آمار ماه بعدی آنها را منظور نمود. تأکید می‌شود که هر مورد از مجروحان نیازمند به درمان کامل یا ناقص فقط بایستی در یک ماه گزارش شوند و از تکرار آن در دو ماه خودداری شود.

در ردیف‌های ۱ و ۲ و ۳ ستون تعداد و نوع حیوان مهاجم (سگ) جمع تعداد آنها می‌بایستی با ردیف‌های ۹ و ۱۰ تعداد کل گازگرفتن توسط سگ‌های صاحب‌دار و بدون صاحب (شهری و روستایی) همخوانی داشته باشد.

جمع ردیف‌های ۱ و ۲ و ۳ مجروحان نیازمند به درمان کامل، ناقص و نشده (شهری و روستایی) می‌بایستی با جمع کل در جدول ملیت افراد مجروح برحسب تعداد همخوانی داشته باشد.

در جدول مربوط به سرم و واکسن ضد هاری بایستی کسر ستون «مصرفی این ماه» «از جمع دو ستون» موجودی قبل و دریافتی این ماه با ستون «موجودی فعلی» برابر در نظر گرفته شده و برای موجودی قبل در ماه آینده هم منظور گردد.

یک نسخه از این فرم در مرکز بهداشت شهرستان و یک نسخه به مرکز بهداشت استان، و پس از جمع‌بندی از مرکز بهداشت استان به مرکز مدیریت بیماری‌ها ارسال گردد.

نام و امضاء مسئول مرکز:

امضاء:

نام و سمت تکمیل کننده: