

فرم بررسی پیشگیری، کنترل و درمان گزش جانوران زهری ایران
معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
مرکز مدیریت بیماریها

شهرستان : : بیمارستان :
تاریخ مراجعه :
شماره سریال : :

* مشخصات بیمار

نام و نام خانوادگی : جنس : سن : شغل : وزن :
آدرس محل سکونت : محل جغرافیای گزش شهر روستا خارج از
شهر و روستا با ذکو محل

نوع گزش : عقرب گزیدگی مارگزیدگی

* مشخصات عقرب گزیدگی / مارگزیدگی

فاصله گزش و مراجعه به بخش اورژانس : کمتر از ۳ ساعت ۳-۶ ساعت بیش از ۶ ساعت
محل گزش : دست پا تنه سرو گردن
ساعت گزش : ۰-۶ ۶-۱۲ ۱۲-۱۸ ۱۸-۲۴
مکان گزش : اماکن داخلی * اماکن خارجی **
سابقه گزش : مارگزیدگی عقرب گزیدگی

* مشخصات عقرب

رنگ عقرب : زرد سیاه سایر موارد
(در صورت امکان نمونه عقرب ضمیمه شود)
اقدامات درمانی انجام شده قبل از مراجعه به بیمارستان ذکر شود .

* علائم بالینی بیمار در هنگام مراجعه به بخش اورژانس و پس از بستری

علائم بالینی :

۱- علائم موضعی : قرمزی اطراف محل گزیدگی درد محل
گزش

بی حسی ، خواب رفتگی و گرفتگی عضلانی درد شدید عضلانی

۲- علائم عمومی :

علائم تحریک سیستم اعصاب سمپاتیک : افزایش ضربان قلب - زیاد شدن فشار خون - گشادی مردمک و خشکی دهان
 علائم تحریک سیستم اعصاب پاراسمپاتیک : افزایش بزاق - اشک و ادرار - بی اختیاری و تکرر ادرار - تهوع
 علائم سیستم مرکزی : بی قراری - ناآرامی - هذیان - بی هوشی و تشنج
سایر علائم پس از بستری :

* اماکن داخلی : هر جایی که مسقف است چه برای انسان و چه برای حیوان

** اماکن خارجی : هر چائی که مسقف نیست .

* آزمایشگاه پاراکلینیکی :

+ <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>	
بار سوم	بار دوم بفاصله ساعت	بار اول بفاصله ساعت	آزمایش ادرار (HB)
- <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>	
۴+ <input type="checkbox"/>	۳+ <input type="checkbox"/>	۲+ <input type="checkbox"/>	۱+ <input type="checkbox"/>
	انجام شد <input type="checkbox"/>	انجام نشد <input type="checkbox"/>	انجام نشد <input type="checkbox"/>

ذکر رتبه کیفی مثبت :
آزمایش های تکمیلی خون :
در صورت انجام ذکر نتایج

* اقدامات آنتی سرم درمانی انجام شده :

<input type="checkbox"/> دارد	<input type="checkbox"/> ندارد	سابقه دریافت سرم ضد عقرب گزیدگی :
<input type="checkbox"/> دارد	<input type="checkbox"/> ندارد	سابقه دریافت سرم ضد مار :
<input type="checkbox"/> دارد	<input type="checkbox"/> ندارد	سابقه دریافت سایر سرم ها :
<input type="checkbox"/> انجام نشد	<input type="checkbox"/> مثبت	تست پوستی سرم ضد عقرب :
<input type="checkbox"/> انجام نشد	<input type="checkbox"/> مثبت	تست پوستی سرم ضد مار :

<input type="checkbox"/> وریدی	<input type="checkbox"/> عضلانی	راه تجویز آنتی سرم :	
تعداد ویال سرم مصرفی : مار عدد	۵ سی سی به بالا	مقدار تزریق : ۱-۵ سی سی	
<input type="checkbox"/> دارد	<input type="checkbox"/> ندارد	حساسیت به آنتی سرم پس از تزریق :	
<input type="checkbox"/> غیره	<input type="checkbox"/> شوک	واکنش پوستی	در صورت مثبت بودن :
<input type="checkbox"/> دارد	<input type="checkbox"/> ندارد	سابقه ازدیاد حساسیت دارد :	

* نتایج اقدامات درمانی بخش اورژانس :

<input type="checkbox"/>	بهبودی و ترخیص	ساعت ترخیص :
<input type="checkbox"/>	بستری	علت بستری :
<input type="checkbox"/>	اعزام :	تاریخ اعزام :

نام مرکز بهداشتی یا بخش اعزام کننده :

* اقدامات درمانی : آنتی هیستامین کورتیکواستروئید ضد دردهای غیرمخدر آنتی بیوتیک

سایر اقدامات درمانی :

* نتایج اقدامات درمانی

<input type="checkbox"/>	بهبودی و ترخیص	تاریخ ترخیص :
<input type="checkbox"/>	آثار باقیمانده از گزش عقرب د بدن بیمار در زمان ترخیص :	تاریخ فوت :
<input type="checkbox"/>	فوت	علت فوت :

* مهر و امضاء پزشک معالج

بخش اورژانس :
بخش داخلی :