

نام مرکز / شبکه نام واحد:	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی معاونت امور بهداشتی فرم بررسی انفرادی هاری دوره تکمیل فرم: روزانه	کد فرم: ۰۱-۰۴-۱۰۲ تاریخ تکمیل: / / ماه: <input type="checkbox"/>
نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری <input type="checkbox"/>	مرکز بهداشتی درمانی روستایی <input type="checkbox"/>	خانه بهداشت: <input type="checkbox"/>

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	ملیت:
سن:	جنس:	شغل:	میزان سواد:
نشانی محل سکونت:	نشانی محل تهاجم:	حیوان مهاجم:	وضعیت حیوان مهاجم:
تاریخ حادثه:	تاریخ بروز علائم:	منبع گزارش:	تاریخ فوت:
تعداد و نحوه ضایعات ایجاد شده:	عضو آسیب دیده:		
تاریخ مراجعه به پزشک:			
علائم بالینی:			
نتایج آزمایش‌های تشخیصی با ذکر محل آزمایش:			
بررسی همه‌گیری‌شناسی			
— سابقه حیوان‌گزیدگی در فرد:			
— سابقه واکسیناسیون و سرم‌تراپی در فرد با ذکر تعداد و نوبت:			
— سابقه واکسیناسیون حیوان مهاجم با ذکر تعداد و نوبت:			

اقدام‌های پیگیری:

- نتیجه آزمایشگاهی نمونه حیوان مهاجم:
- اقدام‌های درمان پیشگیری بیماری در فرد حیوان‌گزیده:

یادآور اول (روز سی‌ام)	نوبت سوم (روز چهاردهم)	نوبت دوم (روز هفتم)	نوبت اول (روز سوم)	نوبت صفر	نوبت‌های واکسن	واکسن ضد هاری
					شماره سریال	
					تاریخ انقضا	
					تاریخ تلقیح واکسن	

تلقیح سرم ضد هاری (ایمنوگلوبولین اختصاصی انسانی)				
شماره سریال	تاریخ انقضا	تاریخ تزریق	مقدار تجویز شده	محل تزریق

اقدام‌های پیگیری اطرافیان فرد حیوان‌گزیده:

نام پزشک بررسی‌کننده: تاریخ بررسی: امضا و شماره نظام پزشکی

نظریه اپیدمیولوژیست یا کارشناس مسئول مبارزه با بیماری‌های استان:

نام و سمت تکمیل‌کننده:	امضاء:	نام و امضاء مسئول مرکز:
------------------------	--------	-------------------------