

نام مرکز / شبکه	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی	کد فرم: 102-04-17
نام واحد:	معاونت امور بهداشتی	تاریخ تکمیل: / /
	فرم بررسی انفرادی هاری	ماه <input type="checkbox"/>
	دوره تکمیل فرم: روزانه	
نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری <input type="checkbox"/>	مرکز بهداشتی درمانی روستایی <input type="checkbox"/>	خانه بهداشت: <input type="checkbox"/>

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:
تعداد و نحوه ضایعات ایجادشده:	عضو آسیب‌دیده:	
تاریخ مراجعه به پزشک:		
علائم بالینی:	تاریخ فوت:	
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:

نوبت‌های واکسن	نوبت صفر	نوبت اول (روز سوم)	نوبت دوم (روز هفتم)	نوبت سوم (روز چهاردهم)	یادآور اول (روز سی‌ام)	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/شبکه
	