

الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامة
مديرية الوقاية الصحية
مصلحة الطب الوقائي
مراكز مكافحة داء الكلب



استمارة تعرض لداء الكلب

خاص بالمركز

مركز:
رقم الاستمارة:

خاص بالترصد الوبائي

(1) - معلومات عن المصاب

العنوان الكامل	الجنسية	الوزن	العمر	الاسم الثلاثي
	رقم الهاتف	البلدة/الحي	القضاء	المهنة

(2) - معلومات عن الحيوان

نتيجة المراقبة؟	ماذا جرى للحيوان؟	هل اصاب حيوانات أخرى؟	هل اصاب اشخاص آخرين؟	هل كان مشبوها؟	هل هو؟	من صاحب الحيوان؟	ما نوع الحيوان؟
<input type="checkbox"/> حي سليم <input type="checkbox"/> توفي <input type="checkbox"/> قتل	<input type="checkbox"/> مراقب <input type="checkbox"/> غير مراقب <input type="checkbox"/> قتل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	<input type="checkbox"/> أليف <input type="checkbox"/> شارد <input type="checkbox"/> بري		

(3) - ظروف الحادثة

تاريخ الحادثة	القضاء	البلدة/الحي	أسباب الحادثة

(4) - معلومات عن الجرح

موقع الجرح	نوع الجرح	عمق الجرح	حالة الجرح	لقح ضد الكزاز
	<input type="checkbox"/> عقر <input type="checkbox"/> خدش	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	<input type="checkbox"/> عميقة <input type="checkbox"/> خدوش	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا

(5) - العلاج في المركز

لقاح ضد داء الكلب	عدد الجرعات	الموعد المحدد	اسم الماركة	رقم Batch	اسم الطبيب	تاريخ الاعطاء
اليوم الاول						
اليوم السابع						
اليوم الحادي والعشرون						
اليوم التسعون						
مصل ضد داء الكلب	الكمية المعطاة	عدد الامبوبات	اسم الماركة	رقم Batch	اسم الطبيب	تاريخ الاعطاء
اليوم الاول						

التاريخ:

اسم الطبيب وتوقيعه:
ملاحظات: