نام مرکز / شبکه

نام واحد :

دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

معاونت امور بهداشتی

فرم لیست گزارش تلفنی موارد حیوان گزیدگی

دوره تکمیل فرم : روزانه

کد فرم :۱۱- ۰۴-۱۰۲

تاریخ تکمیل : / /

ماه ☐

نوع واحد: ستاد ☐ مرکز بهداشتی درمانی شهری ☐ مرکز بهداشتی درمانی روستایی ☐

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	سن	شغل	حیوان مهاجم	تاریخ حادثه	آدرس محل تهاجم	اقدامات	تعداد ضایعه	نوع ضایعه		آدرس محل سکونت	گزارش دهنده	گزارش گیرنده	گزارش به	
										عمیق	سطحی				مراکز	معاونت

نام و سمت تکمیل کننده :

امضاء :

نام و امضاء مسئول مرکز :