

FORMULARZ

dla rejestracji osób szczepionych przeciwko wściekliźnie

Województwo

A. DANE O OSOBIE SZCZEPIONEJ

1. Nazwisko i imię wiek płeć: męska — żeńska
zawód miejsce pracy
2. Miejsce zamieszkania: miasto gmina województwo
3. Czy do ewentualnego zakażenia doszło w miejscu zamieszkania: tak — nie, jeżeli nie — podać adres: miejscowość
..... gmina województwo
4. Data ewentualnego zakażenia W jakich okolicznościach doszło do ewentualnego zakażenia
5. Sposób ewentualnego zakażenia: podrapanie, poślinienie skóry uszkodzonej, nie uszkodzonej, śluzówek lub spojówek, inny bezpośredni kontakt ze zwierzęciem lub materiałem zakaźnym
6. Charakter uszkodzenia powłok: umiejscowienie w nagie ciało przez ubranie (rodzaj ubrania) jedno liczne, głębokie, powierzchowne: krwawienie obfite, krwawienie słabe, brak krwawienia.
7. Czy pacjent był już kiedyś szczepiony przeciw wściekliźnie: tak — nie, data szczepienia
ilość dawek, przebieg szczepienia (ewentualne odczyny, powikłania)
8. Czy pacjent podaje schorzenia: tak — nie, jakie
Czy występowały odczyny uczuleniowe po podaniu surowicy lub innych leków: tak — nie, jakie
9. Data zgłoszenia się pacjenta do lekarza Data zawiadomienia Stacji San.-Epid. przez lekarza o przypadku ewentualnego zakażenia

B. DANE O ZWIERZĘCIU, które było ew. źródłem zakażenia

Uzyskane w wywiadzie:

1. Pies, kot, inne zwierzę — jakie znane, nieznanie; o ile znane podać nazwisko i imię oraz dokładny adres właściciela zwierzęcia
2. Bezpośrednio po styczności z pacjentem: zwierzę schwytano, zbiegło, padło, zostało zabite.

Uzyskane od lekarza weterynarii:

3. Gatunek, rasa, wiek, płeć
Czy było szczepione przeciw wściekliźnie: tak — nie. Data ostatniego szczepienia
4. Data badania zwierzęcia, obserwacji
5. Stan zdrowia zwierzęcia w dniu ukąszenia*)
po 5 dniach od ukąszenia*)
po 10 dniach od ukąszenia*)
Data wystąpienia objawów wścieklizny
Data powiadomienia przez lekarzy weterynarii o stanie zdrowia zwierzęcia
Wynik sekcji, ciała Negriego: stwierdzono — nie stwierdzono. Wynik innych badań laboratoryjnych

*) Dotyczy również podrapania i poślinienia osoby podejrzanej o zakażenie

C. POSTĘPOWANIE ZAPOBIEGAWCZE

- 1. Sposób zaopatrzenia miejsca zranienia
- 2. Szczepienia
Stan ogólny pacjenta przed rozpoczęciem szczepień data rozpoczęcia
szczepień, data zakończenia, dawka jednorazowa
liczba wstrzyknień, dni przerwy w szczepieniach (daty)
powód przerwy rodzaj szczepionki
producent nr serii

D. PRZEBIEG SZCZEPIEŃ

- 1. Odczyny miejscowe (opis) data wystąpienia
- 2. Odczyny ogólne (opis) data wystąpienia
- 3. Powikłania (opis) data wystąpienia
- 4. Zastosowano leczenie wynik
- 5. Czy w toku szczepienia pacjent był hospitalizowany: tak — nie, powód hospitalizacji
- 6. Czy w toku szczepienia pacjent korzystał ze zwolnienia z pracy: tak — nie
- 7. Data zakończenia obserwacji pacjenta

E. UWAGI

- 1. Szczepienie podjęto z powodu wskazań lekarskich.
- 2. Szczepienie podjęto na żądanie pacjenta (rodziców, opiekunów).
- 3. Receptę na bezpłatną szczepionkę przeciw wściekliźnie wystawiono dnia
- 4. Inne uwagi (np. w przypadku zastosowania surowicy bądź gamma-globuliny przeciwko wściekliźnie podać datę wstrzyknięcia, producenta, serię, dawkę, sposób podania surowicy, ew. odczyny uczuleniowe, przeszłość alergiczną pacjenta itp.):

UWAGA: Przy wypełnianiu ankiety należy stosować podkreślenia poprawnych odpowiedzi oraz skreślenia niepotrzebnych.

Miejscowość Data

Adres i nazwa zakładu służby zdrowia

oraz podpis lekarza przeprowadzającego szczepienia