|  |
| --- |
|  |
|  دستورالعمل نحوه تکمیل پرسشنامه ثبت موارد مرگ ناشی از عقرب گزیدگی سال 1392 در پورتال |
|  |

|  |
| --- |
| مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی کشور |

**سخنی با همکاران:**

همکاران عزیز، این دستورالعمل جهت تکمیل ثبت موارد مرگ ناشی از عقرب گزیدگی سال 92 در ستاد دانشگاه­های تابعه تنظیم شده است که می­بایست به صورت ماهیانه و حداکثر تا تاریخ 25 ماه بعد در پورتال ثبت گردد.

1. [**ماه**](http://medcare.health.gov.ir/emerg/eapo/_layouts/FldEdit.aspx?List=%7B9D70F106%2D021B%2D4585%2DA753%2D44BBEC191EDB%7D&Field=%5Fx0645%5F%5Fx0627%5F%5Fx0647%5F)**:** در این ستون، ماه وقوع گزش که به صورت گزینه است انتخاب شود.
2. [**دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی**](http://medcare.health.gov.ir/emerg/eapo/_layouts/FldEdit.aspx?List=%7B9D70F106%2D021B%2D4585%2DA753%2D44BBEC191EDB%7D&Field=%5Fx062f%5F%5Fx0627%5F%5Fx0646%5F%5Fx0634%5F%5Fx20)**:** در این ستون نام دانشگاهی که در منطقه تحت پوشش آن، رخداد مرگ اتفاق افتاده و به صورت گزینه است، انتخاب شود.
3. [**نام شهرستان**](http://medcare.health.gov.ir/emerg/eapo/_layouts/FldEdit.aspx?List=%7B9D70F106%2D021B%2D4585%2DA753%2D44BBEC191EDB%7D&Field=%5Fx0646%5F%5Fx0627%5F%5Fx0645%5F%5Fx0020%5F%5Fx06)**:** در این ستون، نام شهرستانی که بیمار به مراکز درمانی آنجا مراجعه نموده و فوت کرده است، ذکر گردد.
4. **نام بیمارستان:** در این ستون، نام بیمارستانی که فرد آسیب دیده بعد از گزش به آنجا مراجعه کرده و فوت نموده است، ذکر گردد.
5. [**جنس**](http://medcare.health.gov.ir/emerg/eapo/_layouts/FldEdit.aspx?List=%7B9D70F106%2D021B%2D4585%2DA753%2D44BBEC191EDB%7D&Field=%5Fx062c%5F%5Fx0646%5F%5Fx0633%5F)**:** در این ستون جنس فرد آسیب دیده که به صورت گزینه است، انتخاب شود.
6. [**گروه سنی**](http://medcare.health.gov.ir/emerg/eapo/_layouts/FldEdit.aspx?List=%7B9D70F106%2D021B%2D4585%2DA753%2D44BBEC191EDB%7D&Field=%5Fx0633%5F%5Fx0646%5F)**:** در این ستون، سن فرد آسیب دیده در یکی از گروههای سنی انتخاب شود.
7. [**منطقه رخداد گزش**](http://medcare.health.gov.ir/emerg/eapo/_layouts/FldEdit.aspx?List=%7B9D70F106%2D021B%2D4585%2DA753%2D44BBEC191EDB%7D&Field=%5Fx062a%5F%5Fx0639%5F%5Fx062f%5F%5Fx0627%5F%5Fx064)**:** در این ستون، منطقه رخداد گزش از نظر شهر یا روستا بودن که به صورت گزینه است، انتخاب شود.
8. [**ناحيه گزش**](http://medcare.health.gov.ir/emerg/eapo/_layouts/FldEdit.aspx?List=%7B9D70F106%2D021B%2D4585%2DA753%2D44BBEC191EDB%7D&Field=%5Fx062a%5F%5Fx0639%5F%5Fx062f%5F%5Fx0627%5F%5Fx067)**:** در این ستون، ناحیه گزش از نظر اینکه گزش در منطقه سر و گردن، دست، پا و تنه اتفاق افتاده است و به صورت گزینه می­باشد، انتخاب شود.
9. [**زمان گزش**](http://medcare.health.gov.ir/emerg/eapo/_layouts/FldEdit.aspx?List=%7B9D70F106%2D021B%2D4585%2DA753%2D44BBEC191EDB%7D&Field=%5Fx0632%5F%5Fx0645%5F%5Fx0627%5F%5Fx0646%5F%5Fx002)**:** منظور از زمان گزش، ساعتی است که فرد آسیب دیده در طی ساعات شبانه روز مورد گزش واقع شده است. در این ستون زمان گزش در یکی از بازه های زمانی 12 شب (صفر بامداد) تا 6 صبح، 6 صبح تا 12 ظهر، 12 ظهر تا 6 عصر (18) و 6 عصر (18) تا 12 شب (24)، که به صورت گزینه است، انتخاب شود.
10. [**سابقه قبلی گزش**](http://medcare.health.gov.ir/emerg/eapo/_layouts/FldEdit.aspx?List=%7B9D70F106%2D021B%2D4585%2DA753%2D44BBEC191EDB%7D&Field=%5Fx062a%5F%5Fx0639%5F%5Fx062f%5F%5Fx0627%5F%5Fx0628)**:** در این ستون، سابقه قبلی گزش فرد از نظر اینکه آیا در گذشته نیز مورد گزش مار یا عقرب یا سایر جانوران زهری واقع شده است و به صورت گزینه می­باشد، انتخاب شود.
11. [**سابقه قبلی مصرف سرم**](http://medcare.health.gov.ir/emerg/eapo/_layouts/FldEdit.aspx?List=%7B9D70F106%2D021B%2D4585%2DA753%2D44BBEC191EDB%7D&Field=%5Fx062a%5F%5Fx0639%5F%5Fx062f%5F%5Fx0627%5F%5Fx0629)**:** در این ستون، سابقه قبلی مصرف آنتی ونوم فرد آسیب دیده که به صورت گزینه است، انتخاب شود.
12. [**فاصله زمانی گزش تا مراجعه**](http://medcare.health.gov.ir/emerg/eapo/_layouts/FldEdit.aspx?List=%7B9D70F106%2D021B%2D4585%2DA753%2D44BBEC191EDB%7D&Field=%5Fx062a%5F%5Fx0639%5F%5Fx062f%5F%5Fx0627%5F%5Fx0634)**:** منظور از این مورد، فاصله زمانی بین ساعتی که فرد آسیب دیده مورد گزش واقع شده تا زمانی که به مرکز درمانی یا بیمارستان مراجعه کرده است، می­باشد. در این ستون، فاصله زمانی گزش تا مراجعه که به صورت گزینه در بازه­های زمانی کمتر از 5/1 ساعت، بین 5/1 تا 3 ساعت و بیش از 3 ساعت تعریف شده است، انتخاب شود.
13. [**فاصله زمانی مراجعه تا تزريق**](http://medcare.health.gov.ir/emerg/eapo/_layouts/FldEdit.aspx?List=%7B9D70F106%2D021B%2D4585%2DA753%2D44BBEC191EDB%7D&Field=%5Fx0641%5F%5Fx0627%5F%5Fx0635%5F%5Fx0644%5F%5Fx06)**:** منظور از این مورد، فاصله زمانی بین ساعتی که فرد آسیب دیده به مرکز درمانی یا بیمارستان مراجعه کرده تا زمانی که برای وی آنتی ونوم تزریق شده است، می­باشد. در این ستون، فاصله زمانی مراجعه تا تزریق که به صورت گزینه در بازه­های زمانی کمتر از 6 ساعت، بین 6 تا 12 ساعت بیش از 12 ساعت است، انتخاب شود. لازم است درصورتیکه فرد آنتی ونوم دریافت نکرده است، گزینه عدم دریافت سرم انتخاب شود.
14. [**نحوه تزریق سرم**](http://medcare.health.gov.ir/emerg/eapo/_layouts/FldEdit.aspx?List=%7B9D70F106%2D021B%2D4585%2DA753%2D44BBEC191EDB%7D&Field=%5Fx062a%5F%5Fx0639%5F%5Fx062f%5F%5Fx0627%5F%5Fx0616)**:** در این ستون، نحوه تزریق سرم به صورت وریدی و عضلانی که به صورت گزینه­ است انتخاب شود.
15. [**تعداد سرم مصرفی**](http://medcare.health.gov.ir/emerg/eapo/_layouts/FldEdit.aspx?List=%7B9D70F106%2D021B%2D4585%2DA753%2D44BBEC191EDB%7D&Field=%5Fx062a%5F%5Fx0639%5F%5Fx062f%5F%5Fx0627%5F%5Fx0615)**:** در این ستون، تعداد آنتی ونوم مصرفی برای فرد آسیب دیده درج شود.
16. [**نام و نام خانوادگي تكميل كننده فرم**](http://medcare.health.gov.ir/emerg/eapo/_layouts/FldEdit.aspx?List=%7B9D70F106%2D021B%2D4585%2DA753%2D44BBEC191EDB%7D&Field=Title)**:** در این ستون، نام و نام خانوادگی فردی که در ستاد دانشگاه فرم را در پورتال تکمیل کرده است، ذکر شود.