

عنوان فرم: ثبت اطلاعات مسمومین	بسمه تعالی  معاونت غذا و دارو	تاریخ:
شماره فرم: ۰۲-۲۷-۲۲		شماره ثبت:

نام و نام خانوادگی: _____ تاریخ: _____

نام مرکز درمانی: _____ شماره پرونده: _____

جنس: مذکر مؤنث

سن:

وضعیت تأهل: _____

مجرد متأهل مطلقه همسر متوفی

وضعیت تحصیل: _____

بی سواد زیر دیپلم دیپلم لیسانس فوق لیسانس دکتری

شغل: کشاورز کارمند کارگر دانشجو دانش آموز خانه دار آزاد بیکار سایر
 دین: مسلمان مسیحی کلیمی سایر

محل سکونت: _____

اصفهان نجف آباد خمینی شهر فلاورجان زرین شهر شهرضا سایر

عامل مسموم کننده: متادون سایر

نام مرکز درمانی تحویل دهنده متادون:

محل تهیه سم: _____

فروشگاه سموم دفع آفات داروخانه عطاری مرکز درمانی تحویل دهنده متادون سایر

محل مسمومیت: _____

منزل محل کار مدرسه و محل آموزشی کوچه و خیابان سایر

نوع مسمومیت: _____

اتفاقی عمدی خودکشی سوء مصرف جنائی ناآگاهانه

نحوه تماس با عامل مسموم کننده: _____

خوراکی پوستی تزریقی گزیدگی استنشاقی سایر

سابقه قبلی مسمومیت: دارد ندارد

سابقه خودکشی: دارد ندارد

بیماریهای زمینه ای: دیابت بیماریهای قلبی فشارخون بیماریهای ریوی بیماریهای اعصاب و روان

بیماریهای گوارشی بیماریهای پوستی سایر

سیر درمان: درمان در مرکز پذیرش ارجاع به بخش مسمومین بیمارستان نور فوت در مرکز درمانی سایر مراکز

وضعیت نهایی بیمار: بهبودی نسبی بهبودی کامل مرگ تأخیری مرگ سریع ترخیص با رضایت شخصی

تنظیم کننده: پزشک پرستار سایر

مهر و امضاء