

فرم شماره ۱

فرم گزارش اعلام خسارت دامدار و تایید واکسیناتور

توجه فرمایید: این فرم باید در کمال صداقت تکمیل گردد. در صورت اثبات خلاف ادعای زیر علاوه بر عدم پرداخت خسارت از طرف شرکت بیمه، به علت ارائه گواهی خلاف واقع، ضمن تقاضای ضرر و زیان در مراجع قانونی علیه شما اعلام جرم خواهد شد.

۱. قسمت مربوط به دامدار

اینجانب (نام و نام خانوادگی کامل)	فرزند	شماره ملی شماره	حساب بانک کشاورزی
ساکن استان	شهرستان	روستای	تلفن ثابت
تلفن همراه	دارای تعداد	راس گاو <input type="checkbox"/> گوسفند <input type="checkbox"/> بز <input type="checkbox"/> تکسمی <input type="checkbox"/> در تاریخ	ساعت
روز	پس از واکسیناسیون با واکسن	شماره بیج واکسن	تاریخ انقضاء واکسن
واردکننده	تعداد	راس تلف شده،	تعداد راس ذبح شده، تعداد
شده را داشته ام، لطفا مراتب را بررسی فرمایید.	راس واکنش داده، تعداد	راس تلف شده،	راس دام سقط

تاریخ، امضاء و اثر انگشت

۲. قسمت مربوط به واکسیناتور/مرکز مایه کوبی

اینجانب	فرزند	شماره ملی	شماره نظام دامپزشکی
کارت واکسیناتوری	مرکز مایه کوبی	شماره پروانه مرکز مایه کوبی	شماره
مرکز	تلفن ثابت مرکز	تلفن همراه واکسیناتور	نشانی
واکسیناسیون دامهای آقای	را به عهده داشته ام مراتب فوق را تایید می نمایم.		که

تاریخ، امضاء

مسوول عملیات مایه کوبی در بخش خصوصی:

نام و نام خانوادگی شماره نظام دامپزشکی تاریخ، امضاء و مهر

مسوول عملیات مایه کوبی بخش دولتی:

نام و نام خانوادگی سمت تاریخ، امضاء و مهر

فرم شماره ۲

چارچوب صورتجلسه تنظیم شده دامپزشک بخش خصوصی/مرکز مایه کوبی

ریاست محترم اداره دامپزشکی شهرستان.....استان.....

با سلام و احترام

پیرو تماس تلفنی دامدار آقای/خانم از روستای/صاحب دامداری/اسبداری در تاریخ ساعت..... درخصوص عوارض متعاقب واکسیناسیون تولید شرکت به محل دامداری/اسبداری مراجعه و موارد ذکر شده به شرح ذیل انجام پذیرفت:

تعداد دام مایه کوبی شده	تعداد دام واکنش داده	تعداد دام ذبحی	تعداد دام تلف شده	تعداد دام سقط کرده	تعداد دام بهبود یافته

۱. نوع واکنش: ازدیادحساسیت شوک سقط جنین عوارض موضعی در محل تزریق
۲. نوع دام دچار عوارض: گاو گوسفند بز تکسمی
۳. توصیف بالینی دامهای دچار عارضه:

۴. یافته های کالبدگشائی در دام تلف/ذبح شده:

۵. اقدامات درمانی صورت گرفته:

تاریخ و ساعت مراجعه:

نام، نام خانوادگی، مهر و امضاء دامپزشک

فرم شماره ۳
صور تجلسه تنظيم شده بخش دولتي

رياست محترم اداره دامپزشكي شهرستان.....استان.....

با سلام و احترام

پيرو تماس دامدار دامپزشك بخش خصوصي واكسيناتور از روستاي /صاحب دامداري /اسبداري
..... در تاريخ ساعت..... در خصوص عوارض متعاقب واكسيناسيون
..... توليد شركت موضوع صورت جلسه مورخبخش خصوصي، به محل
دامداري /اسبداري مراجعه و موارد ذكر شده به شرح ذيل انجام پذيرفت:

نوع واحد	نوع دام	تعداد دام واحد	تعداد دام مایه کوبی شده	تعداد دام واکنش داده	تعداد دام ذیحی	تعداد دام تلف شده	تعداد دام سقط کرده	تعداد دام بهبود یافته

۶. نوع واکنش: ازدیاد حساسیت شوک سقط جنین عوارض موضعی در محل تزریق

۷. نوع دام دچار عوارض: گاو گوسفند بز تکسمی

۸. توصیف بالینی دامهای دچار عارضه:

۹. یافته های کالبدگشائی در دام تلف /ذبح شده:

۱۰. اقدامات درمانی صورت گرفته:

**➤ شایان ذکر است طی تماس تلفنی با آقای/خانم.....نماینده شرکت.....در
مورخ.....ساعت.....مراتب اطلاع رسانی گردید.**

نام، نام خانوادگی و امضاء

فرم ۴

فرم گزارش واکنش متعاقب واکسیناسیون

ضمائم ارسالی:

۱. فرم گزارش اعلام خسارت دامدار و تایید واکسیناتور (فرم ۱)

۲. صورتجلسه تنظیم شده دامپزشک بخش خصوصی/مرکز مایه کوبی (فرم ۲)

۳. صورتجلسه تنظیم شده بخش دولتی (فرم ۳)

۴. عکس دامهای تلف شده

۵. کارت شناسائی انفرادی (اسکیچ) دام تلف شده در واحدهای صنعتی

۶. کارت ملی دامدار

۷. نامه اداره دامپزشکی شهرستان

۸. فرم تکمیل شده گزارش واکنش متعاقب واکسیناسیون (فرم ۴)

شرکت تولید کننده/وارد کننده واکسن:	اداره کل استان:	شهرستان:	نام واحد اپیدمیولوژیک:	کد واحد اپیدمیولوژیک:

۱. مشخصات گزارش دهنده:

نام و نام خانوادگی	مدرک تحصیلی	سمت	شماره تلفن	آدرس

۲. مشخصات دامدار:

نام و نام خانوادگی	کد ملی	شماره تلفن	آدرس مکاتبه

۳. مشخصات واحد اپیدمیولوژیک

تعداد دام موجود	نوع واحد	نوع دام			تعداد دام واکنش داده	تعداد دام ذبح شده	تعداد دام تلف شده	تعداد دام سقط کرده	تعداد دام بهبود یافته
		نژاد	تکسمی	گوسفند و بز					

۴. وضعیت مقید بودن دام در زمان مایه کوبی: مناسب نامناسب

۵. واحد واجد ریل مایه کوبی مناسب: می باشد نمی باشد

۶. مشخصات دام یا دامهای دچار عارضه

شماره بدن یا شماره گوش	نژاد			نوع بهره برداری			جنس	سن	وزن	وضعیت آبستنی - سن آبستنی	در صورت ذبح وزن گوشت قابل مصرف	قیمت دام تلف شده (تومان)
	خالص	پورک	بومی	شیری	گوشتی	وزشی						

۷. وضعیت بهداشتی و مدیریتی واحد:

وضعیت انگلی	اقلام خوراکی جیره	وضعیت تغذیه	وضعیت بهداشتی واحد	وضعیت سلامت دام
بیمار در بالین یا کالبدگشائی <input type="checkbox"/>		خوب <input type="checkbox"/>	خوب <input type="checkbox"/>	سالم <input type="checkbox"/>
آخرین درمان انگلی واحد:		متوسط <input type="checkbox"/>	متوسط <input type="checkbox"/>	درگیر بیماری <input type="checkbox"/>
نام دارو:		ضعیف <input type="checkbox"/>	ضعیف <input type="checkbox"/>	نوع بیماری واحد:

۸. مشخصات واکسن مورد استفاده:

فاصله بین باز کردن واکسن و مصرف	شرایط حلال به کار رفته مطابق بروشور	شرایط نگهداری و حمل و نقل واکسن	تعداد ویال مصرف شده	تاریخ انقضاً	تاریخ تولید	شماره سریال واکسن	نوع واکسن (زنده اکشته/نوژنیکیب)	سازنده/واردکننده شرکت	نام واکسن

• از کلمات مناسب - قابل قبول - نامناسب - نامشخص استفاده شود.

۹. شرایط گله/دام:

وجود عارضه در سایر واحدهای واکسینه شده با سایر بچ های این واکسن	وجود عارضه در سایر واحدهای واکسینه شده با این بچ واکسن	استفاده از واکسن یا دارو بطور همزمان	استفاده از آنتی بیوتیک یک هفته قبل یا بعد از واکسیناسیون (خصوصاً خانواده پنیسیلینها- سفالوسپورینها)	وجود استرس پس از واکسیناسیون (حمل و نقل -جابجائی)	وجود استرس طولانی مدت پیش از واکسیناسیون (حمل و نقل، جابجائی و..)	پاسخ
						بلی
						خیر
						توضیحات

آیا در این دام/گله سابقه ای از واکنش با واکسن وجود داشته است: بلی خیر

نوع واکسن واکنش داده..... زمان رخداد واکنش قبلی توضیحات.....

۱۰. زمان وقوع عارضه:

زمان	زمان مشاهده عارضه	زمان اطلاع به واکسیناتور/دامپزشک	زمان بررسی از سوی دامپزشک	زمان تایید گزارش توسط مسئول مبارزه شهرستان
تاریخ				
ساعت				
روز				

فاصله زمان بین تزریق و مشاهده عارضه (به ساعت و روز):

فاصله بین مشاهده عارضه و معاینه دامپزشک (به ساعت و روز):

فاصله زمان بین مشاهده عارضه و تایید گزارش (روز):

۱۱. اطلاعات مربوط به نحوه واکسیناسیون:

نام واکسیناتور <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی	تاریخ تجویز قبلی همین واکسن	تاریخ تجویز	سایر سرسوزن	ناحیه تزریق	روش تجویز		نهاد	رایگان	دز مصرف شده
					عضلانی	زیر جلدی			
	تاریخ:	تاریخ:		<input type="checkbox"/> گردن <input type="checkbox"/> کپل					
	نام تجاری واکسن:	ساعت:							
	نام شرکت:								

۱۲. علائم بالینی:

عوارض موضعی

درد در ناحیه تزریق تورم در ناحیه تزریق خارش تشکیل آبسه در محل تزریق لنگش ریزش مو یا پشم در

ناحیه تزریق تغییر رنگ پوست در ناحیه تزریق

عوارض سیستمیک

کاهش اشتها تب دمای بدن بی قراری علائم درگیری دستگاه عصبی سقط جنین تورم غدد

لنفی سیلان بزاق واکنش ازدیاد حساسیت پوستی تورم و ادم در صورت تورم و ادم در پرینه -

پستان پرخونی مخاطات کهیر تعداد تنفس تعداد ضربان قلب

۱۳. مشاهدات کالبدگشائی:

ادم ریوی پرخونی ریوی وجود کف در مجاری تنفسی پرخونی دستگاه گوارش پرخونی احشاء حفره بطنی پرخونی عروق خونی

زیرجلدی

توضیحات.....

۱۴. اقدامات درمانی:

تجویز آدرنالین نام ژنریک داروی تجویزی روش تجویز فواصل تجویز میزان تجویز در هر تزریق زمان تزریق اولین دز دارو (ساعت-روز)

کورتیکواستروئید نام ژنریک داروی تجویزی روش تجویز فواصل تجویز میزان تجویز در هر تزریق تجویز (ساعت-روز)

تجویز داروهای ضدالتهاب غیر استروئیدی نام ژنریک داروی تجویزی روش تجویز فواصل تجویز میزان تجویز در هر تزریق زمان تزریق اولین دز دارو (ساعت-روز)

تجویز داروهای آنتی هیستامین نام ژنریک داروی تجویزی روش تجویز فواصل تجویز میزان تجویز در هر تزریق

تجویز آنتی بیوتیک نام ژنریک داروی تجویزی روش تجویز فواصل تجویز میزان تجویز در هر تزریق مابع درمانی نوع سرم مصرفی میزان سرم تجویز شده

سایر اقدامات درمانی/داروئی با ذکر نام دارو، روش تجویز و

فواصل:.....
.....
.....

۱۵. آیا داروی ضد شوک همراه واکسیناتور موجود بوده است؟ بله خیر

• در صورت مثبت بودن پاسخ: نام دارو و میزان تجویز شده را قید فرمائید:

زمان شروع اقدامات درمانی زمان پایان اقدامات درمانی

۱۶. تشخیص احتمالی اولیه تلف شدن دام را ذکر فرمایید:

۱۷. نمونه های اخذ شده جهت تایید یا رد تشخیص:

۱۸. تشخیص آزمایشگاهی بر اساس نتایج پاراکلینیک:

۱۹. تشخیص قطعی علت مرگ با استناد به یافته های بالینی کالبدگشائی پاراکلینیک بوده است.

۲۰. وضعیت گله در زمان ارسال گزارش چگونه است:

بهبود یافته در حال بهبودی عدم بهبودی در حال رخداد تلفات بیشتر تلف /ذبح شدن کل گله

۲۱. زمان پایان علائم شوک در واحد:

توضیحات اداره شهرستان:

نام و نام خانوادگی دامپزشک بخش خصوصی/مرکز مایه کوبی خصوصی:

تاریخ، مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی رییس اداره

تاریخ، مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی مسوول اداره بهداشت و مدیریت بیماری دامی شهرستان:

شهرستان:

تاریخ و امضاء

نام و نام خانوادگی مدیرکل دامپزشکی

تاریخ، مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی رییس اداره بهداشت و مدیریت بیماری دامی استان:

استان:

تاریخ و امضاء