

# 수의공중보건 프로그램 동물 물림 신고서 의료기관용



지침: 이 양식은 로스앤젤레스 카운티 공중보건국 수의공중보건 프로그램(Veterinary Public Health Program)에 동물 물림 사건을 신고하기 위해 사용됩니다.  
LA 카운티에서의 광견병(rabies)에 대한 자세한 정보는 웹사이트를 방문하세요: <http://publichealth.lacounty.gov/vet>.

작성일자: \_\_\_\_\_ 양식을 제출해주세요. 이메일: [vet@ph.lacounty.gov](mailto:vet@ph.lacounty.gov) 또는 팩스: (213) 481-2375.

<b>1. 보고 정보</b>					
보고 날짜:	보고자 이름 (피해자, 주인 등.):	보고자 전화번호#:	보고자 이메일:		
<b>2. 소속 기관 보고</b>					
소속 기관 제출 보고		신고자 이름:		시설 전화#:	
<b>3. 물린 피해자</b>					
물린 피해자 이름:		물린 피해자 성:		생년월일:	
주소 (건물 번호#, 거리명, 아파트/유닛 번호#):		시:	주:	우편번호:	
물린 피해자 전화번호#:		물린 피해자 이메일:			
<b>4. 사고 경위</b>					
물린 날짜:	물린 시간 (오전/오후):	사건 발생 국가 (미국 이외일 경우):			
사고가 발생한 거리 이름:		시:	주:	우편번호:	
물린 사건 (설명하세요):					
<b>인적 피해 정보</b>					
물린 신체적 부위 (예: 얼굴, 다리, 손, 몸통):		신체의 해당 부분:		치료일:	
		<input type="checkbox"/> 왼쪽 <input type="checkbox"/> 오른쪽 <input type="checkbox"/> 양쪽 <input type="checkbox"/> 왼쪽			
치료 유형: <input type="checkbox"/> 항생제 <input type="checkbox"/> 상처 치료 <input type="checkbox"/> 파상풍 백신 <input type="checkbox"/> 통증 관리 <input type="checkbox"/> 봉합 <input type="checkbox"/> 수술    광견병 PEP    기타					
치료 시설/제공자 이름:		제공자 전화번호:		병원 이름:	
		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
<b>6. 동물 소유주</b>					
동물 소유주 이름:		동물 소유주 성:			
주소 (건물 번호#, 거리명, 아파트/유닛 번호#):		시:	주:	우편번호	
동물 소유주 전화번호#:		동물 소유주 이메일:			
<b>7. 동물 물림 정보</b>					
물린 동물 종류 <input type="checkbox"/> 개 <input type="checkbox"/> 고양이 <input type="checkbox"/> 기타: _____		품종:		나이:	동물 성별: <input type="checkbox"/> 수컷 <input type="checkbox"/> 암컷 <input type="checkbox"/> 잘 모름
동물 이름:		동물 색깔:	동물 광견병 예방접종을 했나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 잘 모름		광견병 마지막 예방접종 날짜:
<b>8. 추가 정보/의견:</b>					
<p>피해자는 해당 동물이 여러 번 물었거나 유기 동물인 경우 지역 동물 관리기관에 연락해야 합니다 지역 동물 관리기관을 찾으려면 211로 전화하십시오</p>					