

动物咬伤报告表

医疗机构



说明：请使用此表向洛杉矶县公共卫生局兽医公共卫生项目报告动物咬伤。如需更多有关洛杉矶县狂犬病的信息，请访问我们的网站：
<http://publichealth.lacounty.gov/vet/>。

填表日期：_____ 请将填妥的表格用电子邮件发送至 vet@ph.lacounty.gov 或传真至 (213) 481-2375。

1. 报告信息									
报告日期：		报告人姓名（受害者、主人等）：			报告人电话号码：		报告人电子邮件：		
2. 接受报告的机构									
提交报告的机构：					提交人姓名：			机构电话号码：	
3. 被咬伤人									
被咬伤人的名字：				被咬伤人的姓氏：				出生日期：	
街道地址（楼号、街道名称、公寓/单元号）：					城市：		州：	邮政编码：	
被咬伤人电话号码：				被咬伤人电子邮件地址：					
4. 事件描述									
被咬伤日期：		被咬伤时间（上午/下午）：			事件发生所在国家（如果不是美国）：				
事件发生地的街道地址：					城市：		州：	邮政编码：	
咬伤是如何发生的（解释）：									
5. 人体受伤信息									
咬伤的位置（如脸、腿、手、躯干）：				受影响的身体一侧： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 两侧 <input type="checkbox"/> 未知				治疗日期：	
治疗类型： <input type="checkbox"/> 抗生素 <input type="checkbox"/> 伤口护理 <input type="checkbox"/> 破伤风疫苗 <input type="checkbox"/> 控制疼痛 <input type="checkbox"/> 缝线 <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 狂犬病 PEP <input type="checkbox"/> 其他 _____									
治疗机构/医疗提供者名称：		医疗提供者电话号码：			住院： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		医院名称：		
6. 动物主人									
动物主人名字：				动物主人姓氏：					
街道地址（楼号、街道名、公寓/单元号）：					城市：		州：	邮政编码：	
动物主人电话号码：				动物主人电子邮件地址：					
7. 咬人动物信息									
咬人动物种类： <input type="checkbox"/> 狗 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> 其他：_____			品种：		年龄：		动物性别： <input type="checkbox"/> 雄 <input type="checkbox"/> 雌 <input type="checkbox"/> 未知		
动物名字：		动物颜色：		动物是否接种过狂犬疫苗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知			上一次接种狂犬疫苗的日期：		
8. 其他信息/评论：									
如果涉事犬多次咬人或者是流浪犬，受害者应联系当地动物管理部门。 拨打 211 查找您当地的动物管理机构。									