



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。				