

FORMULARZ ZATRUCIA PRODUKTEM BIOBÓJCZYM

Zgłoszenie:		Nazwa i adres ośrodka toksykologicznego:							
Nr								
Data								
Godzina		nr tel./faks							
Zgłaszający:		Sposób zgłoszenia:				Konsultacja toksykologiczna:			
Personel medyczny		Telefonicznie				TAK			
Organ nadzoru		Pisemnie							
Podmiot odpowiedzialny za wprowadzenie produktu biobójczego do obrotu		Inne:				NIE			
Pacjent								
Inny									
Okoliczności zatrucia:									
Przypadkowe				Samobójcze					
Zawodowe				Niewłaściwe zastosowanie produktu biobójczego					
Transport				Kryminalne					
Pożar				Nieznane					
Inne:									
Miejsce zatrucia:									
Dom				Pomieszczenie użytku publicznego				Nieznane	
Miejsce pracy				Otwarta przestrzeń				Inne:	
Ośrodek medyczny				Środki transportu				Kod terytorialny	
Klinika weterynaryjna				Jednostki i instytucje wojskowe					
Dane dotyczące osoby, które uległa zatruciu:									
Waga			Płeć				Wiek		
[kg]	[g]		K	M	N	lata	miesiące	tygodnie	
Następstwa zatrucia:									
Wyzdrowienie bez powikłań				Zgon					
Wyzdrowienie z powikłaniami				Nieznane					
Produkt biobójczy:									
Nazwa produktu biobójczego:									
Podmiot odpowiedzialny:									
Typ narażenia:	Ostre				Droga narażenia:	Pokarmowa			
	Przewlekłe					Oddechowa			
	Nieznane					Skórna			
						Oczy			
						Nieznana			
						Inna:			
Czas narażenia:									
Uwagi:									