

## Mérgezési eset bejelentőlap

### 1. A MÉRGEZETT ADATAI

1. **Névkód\*:** .....
2. **Nem\*:** férfi nő
3. **Születési dátum\*:** .....
4. Foglalkozás: .....
5. **Lakhely\*:** település: ..... megye: .....

### 2. A MÉRGEZÉS

1. **A mérgezést okozó anyag vagy termék neve\*:** .....
2. **Időpontja\*:** ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc
3. **Helye\*:** saját lakás, más lakás, munkahely, közterület, közintézmény, nyilvános hely, egyéb: .....
4. **Módja\*:** szájon át, belélegezve, bőrön keresztül, egyéb: .....
5. **Jellege\*:** öngyilkosság, véletlen, élvezeti/függő, foglalkozási, egyéb: .....
6. **A mérgezés súlyossága (a PSS skála szerint)\*:** tünetmentes, enyhe, közepes, súlyos, halálos
7. **A bejelentő neve\*:** .....
8. **A bejelentő munkahelye\*:** .....

### 3. ELSŐ ÉSZLELÉS

1. Időpontja: ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc
2. Helye: saját lakás, más lakás, munkahely, közterület, közintézmény, nyilvános hely, egyéb:.....
3. A mérgezett állapota: eszméletlen, zavart tudat, ép tudat, légzési elégtelenség, keringési elégtelenség, egyéb:.....
4. Az ellátás módja: hánytatás, gyomormosás, orvosi szén, hashajtás, mesterséges lélegeztetés, külső szívmasszázs, egyéb: .....
5. **A mérgezett sorsa\*:** végleges ellátás, további kezelés járó betegként, kórházi beutalás, meghalt  
Halál időpontja: ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc
6. Az első ellátást végző neve: .....  
Munkahelye: .....  
..... év ..... hó ..... nap

### 4. KÓRHÁZI ELLÁTÁS

1. **Kórházi esetazonosító szám (kórlapszám)\*\*:** .....
2. A felvétel időpontja: ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc
3. A mérgezett állapota: eszméletlen, zavart tudat, ép tudat, légzési elégtelenség, keringési elégtelenség, egyéb:.....
4. Ellátás módja: hánytatás, gyomormosás, orvosi szén, hashajtás, mesterséges lélegeztetés, külső szívmasszázs, egyéb:.....
5. Kórisme: .....
6. **Kibocsátás, elhalálozás időpontja\*\*:** ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc
7. **A mérgezett sorsa\*\*:** gyógyult, további orvosi ellenőrzést igényel, maradandó egészségkárosodást szenvedett, saját felelősségére távozott, meghalt
8. **Esetleírás\*\*:**.....
9. **Kórház, osztály megnevezése\*\*:** .....  
Címe: .....  
..... év ..... hó ..... nap

P. H. ....

orvos neve, pecsétszáma

A \*-gal jelölt mezők kitöltése kötelező.

A \*\*-gal jelölt mezők kitöltése kórházi ellátás esetén kötelező.