



نموذج الإبلاغ عن الآثار العكسية للمبيدات الحشرية

- * في حالة وجود أية حوادث عند استعمالك للمبيدات الحشرية سواء كانت للاستخدام المنزلي او في المستشفيات فعليك إستيفاء هذا التقرير وإرساله إلى العنوان المبين في أسفل هذا النموذج.
- * من فضلك سجل جميع الآثار العكسية سواء كانت عادية أو خطيرة.

أ- بيانات المريض:

- الاسم/الحروف الأولى(اختياري):
- النوع: ذكر انثي
- العمر:
- الوزن:
- كجم:

ب- المبيدات المشتبه بها:

- اسم المستحضر:
- المادة الفعالة:
- نوع المستحضر: منزلي صحة عامة (للمكافحة خارج المنازل)
- معدل الاستخدام:
- مكان الحادث:
- الاستخدام (يستخدم لمكافحة)
- نوع المستحضر: سائل بودرة قابلة للذوبان في الماء بودرة تعفير ايروسول
- حبيبات/طعم اقراص/كريات أخرى
- طريقة الاستخدام: رش نثرا طعم أخرى
- نوع العبوة: عبوات صفيح اكياس الومنيوم عبوات بلاستيكية أخرى
- هل المستحضر مسجل بوزارة الصحة نعم (أذكر رقم التسجيل)..... لا
- هل المستحضر فعال كمبيد حشري؟ نعم لا

ج- نوع الحادث:

1. المصاب انسان:

- مكان الإصابة: العين الجلد الجهاز التنفسي (بالاستنشاق) أخرى.....
- صف الحادثة:

2. المصاب حيوان منزلي:

- من شاهد هذه الحادثة؟ مالك الحيوان طبيب بيطرى شاهد أخرى (حدد).....
- صف الحادثة:

3. الحادثة في البيئة المحيطة:

- عدد ونوع الحيوانات المصابة.....
- كيفية تعرض الحيوان للمبيد الحشري؟

4. الحادثة نتيجة خلل في التعبئة:

- حدد ماذا حدث للحيوانات أو النباتات بعد أول ملاحظة؟
- حدد عدد الحيوانات أو النباتات التي تأثرت بالمبيد الحشري؟
- هل تم تجميع وتحليل العينات المتأثرة بالمبيد الحشري؟ نعم لا

5. هل كان المستحضر في عبوته الأصلية؟

- هل كان المستحضر في عبوته الأصلية؟ نعم لا
- أين حدث ذلك الخلل؟ أثناء التخزين أثناء النقل أثناء الاستخدام أثناء النقل أخرى (حدد).....
- كيف حدث هذا الخلل؟

د- بيانات عن الحادث:

- تاريخ الحادث:
- هل انت اول من لاحظ الحادث؟ نعم لا
- مدى خطورته: تسبب في دخول الشخص المستشفى تطلب تدخل طبي او جراحي لمنع حدوث اعاقه او ضرر تسبب في الوفاة مهدد للحياة تسبب في اعاقه دائم أخرى (حدد).....
- هل تم ابلاغ الحادث الى الشركة مالكة المستحضر؟ نعم لا لا أعرف
- كيف تعرض الشخص المصاب للمبيد؟ اذكر الكمية التي تعرض لها:
- وما هي مدة التعرض للمبيد؟
- من فضلك صف الأثر العكسي الذي ظهر وتاريخ ظهوره:

هـ - بيانات عن مقدم التقرير:

- الذي قام باستيفاء التقرير: الشخص المصاب الطبيب الصيدلي
- التمريض أخرى (حدد)
- الإسم:
- العنوان:
- البريد الإلكتروني:
- التليفون/محمول:
- التاريخ:
- التوقيع:

و- تعليقات أخرى:

- * يتم التعامل مع المعلومات الواردة في التقرير بسرية تامة وهي محمية بشكل كامل بما في ذلك هوية المريض ومعد التقرير.
- * تستطيع إرسال التقرير الى إدارة يقظة المبيدات الحشرية والمطهرات بشكل تطوعي.
- * إن الإبلاغ عن الآثار العكسية أمر هام وحيوي للتحقق من الإستخدام الآمن والفعال للمبيدات الحشرية . كما أن المعلومات الكافية المقدمة من قبل المصابين تمكن المركز من تقدير مأمونية وفعالية المطهرات المتداولة في بلدنا.

المركز الرئيسي:

إدارة يقظة المبيدات الحشرية والمطهرات - مركز اليقظة الصيدلية المصري- الإدارة المركزية للشئون الصيدلية

21 ش عبد العزيز آل سعود - منيل الروضة القاهرة - مصر الرقم البريدي: 11451

هاتف: +202-23684288 +202-23640368 داخلى: 1303 فاكس: +202-23684194 +202-23610497

الموقع الإلكتروني: www.epvc.gov.eg البريد الإلكتروني: biocides.epvc@eda.mohealth.gov.eg

< مركز الإسكندرية الفرعي: مركز سان استيفانو لصحة الأسرة - 2ش الكازينو - عمارة الأوقاف - سان ستيفانو - الإسكندرية

هاتف: فاكس: +2 03-5845004 البريد الإلكتروني: alex.epvc@eda.mohealth.gov.eg

< مركز القاهرة الفرعي: مستشفى الأزهر التخصصى الجديد - الحى السادس - مدينة نصر - القاهرة

هاتف: +2 01014300013 البريد الإلكتروني: cairo.epvc@eda.mohealth.gov.eg

< مركز سوهاج الفرعي: مديرية الشئون الصحية - المبنى القديم الدور الثاني- بجوار مديرية الأمن -مدينة ناصر - سوهاج

هاتف: +2 01126540893 +2 01063081606 البريد الإلكتروني: sohag.epvc@eda.mohealth.gov.eg