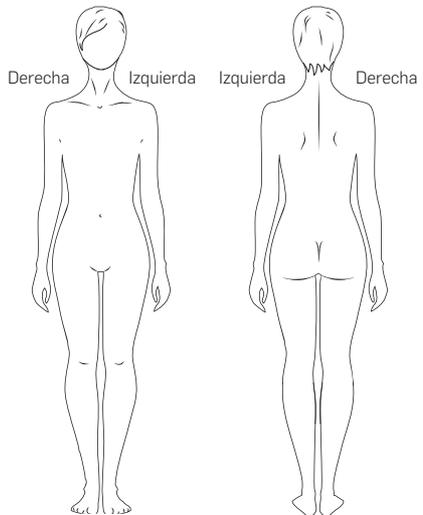


NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES CON ANIMALES PONZOÑOSOS

| | | |
|---|--|---|
| Fecha y Hora de la consulta: ___/___/___; ___:___ hs | Fecha y hora de la exposición/evento: ___/___/___; ___:___ hs | Tiempo de inicio de síntomas: mi hr di ms Desc |
| PACIENTE Nombre y Apellido: _____ Provincia: _____ Localidad: _____ Tel: _____ Doc. N°: _____ | | |
| Edad: ___ meses/años Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Domicilio: _____ _____ | Ocupación: _____ _____ |
| Tipo de Animal involucrado: <input type="checkbox"/> YARARÁ sin identificar (<i>Bothrops sp</i>) <input type="checkbox"/> YARARÁ grande (<i>Bothrops alternatus</i>) <input type="checkbox"/> YARARÁ fiata (<i>Bothrops ammodytaoides</i>) <input type="checkbox"/> YARARÁ chica (<i>Bothrops diporus</i>) <input type="checkbox"/> CORAL (<i>Micrurus</i>) <input type="checkbox"/> CASCABEL (<i>Crotalus</i>) <input type="checkbox"/> OTRO OFIDIO <input type="checkbox"/> VIUDA NEGRA (<i>Latrodectus</i>) <input type="checkbox"/> ARAÑA DE LOS RINCONES (<i>Loxosceles</i>) <input type="checkbox"/> OTRA ARAÑA <input type="checkbox"/> TYTIUS <input type="checkbox"/> OTRO ESCORPIÓN <input type="checkbox"/> INSECTO _____ <input type="checkbox"/> OTRO ARTRÓPODO _____ <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO _____ | Centro asistencial donde ingresa: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____ Se deriva <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ¿Dónde? _____ | |
| Ubicación / Ámbito del accidente: <input type="checkbox"/> Domiciliario <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Peridomiciliario <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro | | Actividad realizada durante el accidente: _____ |
| Trae ejemplar <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿Vivo? <input type="checkbox"/> ¿Muerto? | | |
| Síntomas y signos locales Hora inicio: _____ Hrs. | | |
| Localización anatómica:  <input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Posterior | <input type="checkbox"/> Huella <input type="checkbox"/> Eritema <input type="checkbox"/> Cianosis <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Mácula <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Pápula <input type="checkbox"/> Hematoma, Equimosis <input type="checkbox"/> Prurito <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Reticulado marmóreo <input type="checkbox"/> Paresias <input type="checkbox"/> Vesículas <input type="checkbox"/> Necrosis <input type="checkbox"/> Parestesia <input type="checkbox"/> Ampollas <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Adenopatía <input type="checkbox"/> Otro _____ | |
| | Síntomas y signos generales Hora inicio: _____ Hrs. | |
| | <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Exitación <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Hipotensión <input type="checkbox"/> Depresión sensorio <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Alt. pares craneales <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Arritmias <input type="checkbox"/> Taquipnea <input type="checkbox"/> Cianosis <input type="checkbox"/> Precordialgias <input type="checkbox"/> Bradipnea <input type="checkbox"/> Midriasis <input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> Oliguria | |
| TRATAMIENTO ESPECÍFICO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Previo al ingreso <input type="checkbox"/> Higiene <input type="checkbox"/> Antisepsia <input type="checkbox"/> Otros Antiveneno administrado <input type="checkbox"/> Botrópico Bivalente Dosis _____ ampollas Lote N° _____ <input type="checkbox"/> Crotálico Monovalente Vía de administración: EV - IM - SC <input type="checkbox"/> Micrúrico Monovalente Fecha y hora de aplicación: _____ <input type="checkbox"/> Latrodéctico Monovalente Tiempo transcurrido desde el incidente: _____ <input type="checkbox"/> Escorpiónico Monovalente Efectos adversos <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Loxoscélico Monovalente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Tempranos <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Tardíos | | Clasificación del cuadro <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo Prácticas realizadas previamente <input type="checkbox"/> Cauterización <input type="checkbox"/> Hielo <input type="checkbox"/> Bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> Ligadura <input type="checkbox"/> Succión <input type="checkbox"/> Incisión Otro tratamiento realizado: <input type="checkbox"/> Corticoides <input type="checkbox"/> Hidratación parental <input type="checkbox"/> Antihistamínicos <input type="checkbox"/> Suero/Vac. Antitetánica <input type="checkbox"/> Analgésicos <input type="checkbox"/> Quirúrgico <input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Paciente Internado <input type="checkbox"/> Fallecido Fecha de hospitalización: ___/___/___ | | Sello, firma y aclaración del médico/a tratante: _____ |