

FICHA de NOTIFICACIÓN de INTOXICACIÓN POR VENENOS ANIMALES

Nro. de Registro: _____

Fecha y Hora de la Consulta: _____ Fecha y hora de la Exposición/Evento: _____ Latencia: _____ mi hr di ms Desc

PACIENTE

Nombre y Apellido: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ Tel: _____

Edad: _____ meses/años Sexo: M F Domicilio: _____ Ocupación: _____

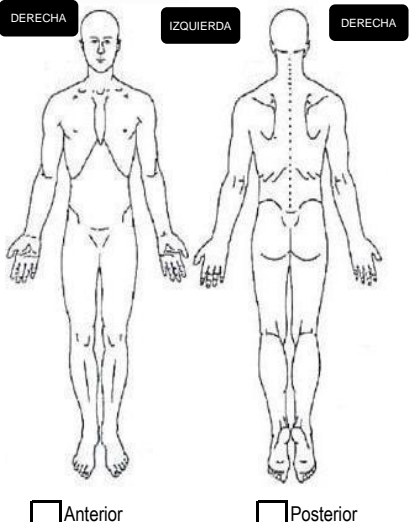
Tipo de Animal involucrado: YARARA (*Bothrops*) CASCABEL (*Crotalus*) CORAL (*Micrurus*) OTRO OFIDIO _____
 VIUDA NEGRA (*Latrodectus*) ARAÑA DE LOS RINCONES (*Loxosceles*) ARMADEIRA (*Phoneutria*) OTRA ARAÑA _____
 TITYUS OTRO ESCORPIÓN _____
 INSECTO _____
 PEZ _____
 OTRO _____
 DESCONOCIDO _____

Centro Asistencial donde ingresa _____ Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____
 Se deriva NO SI Dónde? _____

Ubicación / Ámbito del Accidente: Domiciliario Urbano Peridomiciliario Rural Laboral Otro _____
 Actividad realizada durante el accidente: _____

Trae ejemplar SI NO Vivo? _____ Muerto? _____ Conservado? _____ (Método) _____
 Reconocimiento Taxonómico: _____
 Reconocimiento por foto o dibujo? Si No
 Descripción: _____

Localización Anatómica:



Sintomas y Signos Locales

<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Eritema	<input type="checkbox"/> Cianosis
<input type="checkbox"/> Ardor	<input type="checkbox"/> Mácula	<input type="checkbox"/> Palidez
<input type="checkbox"/> Prurito	<input type="checkbox"/> Pápula	<input type="checkbox"/> Hematoma, Equimosis
<input type="checkbox"/> Paresias	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Reticulado marmóreo
<input type="checkbox"/> Parestesia	<input type="checkbox"/> Vesículas	<input type="checkbox"/> Necrosis
<input type="checkbox"/> Parálisis	<input type="checkbox"/> Ampollas	<input type="checkbox"/> Hemorragia
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Flictenas	<input type="checkbox"/> Herida desgarrada
	<input type="checkbox"/> Punctura	<input type="checkbox"/> Adenopatía

Signos y Síntomas Generales

<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Excitación
<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
<input type="checkbox"/> Mialgias	<input type="checkbox"/> Hipercrinia	<input type="checkbox"/> Otro _____

TRATAMIENTO

Previo al Ingreso Higiene Antisepsia Otros _____
Antiveneno administrado:
 Botrópico Bivalente Dosis: _____ ampollas Lote N° _____
 Botrópico Tetravalente Vía de administración: EV - IM - SC
 Crotálico Monovalente Fecha y hora de aplicación: _____
 Micrúrico Monovalente Tiempo transcurrido desde incidente: _____ Min / Hr
 Latrodéctico Monovalente Efectos Adversos NO Tempranos Tardíos
 Escorpiónico Monovalente SI Tardíos
 Loxoscelico Monovalente Fabricante ampollas/Laboratorio: _____
 Antiaracnídico _____
 Otro _____

Clasificación del Envenenamiento:

Leve Moderado Severo

Prácticas contraindicadas realizadas previamente

Cauterización Hielo Bebidas alcohólicas
 Ligadura Succión Incisión

Otro tratamiento realizado:

Corticoides Hidratación parenteral
 Antihistaminicos Suero/Vac. Antitetánica
 Analgésicos Quirúrgico
 Antibióticos Otro _____

Fecha de Vencimiento de ampollas restantes:

Evolución:
 Cura sin secuelas Cura con secuelas Muerte
 Lugar de Internación Guardia Sala general Unidad terapia intensiva
 Días de Internación: _____

Sello, Firma y Aclaración Médico Tratante:

