

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

Vivo?

Reconocimiento Taxonómico: _____

NO

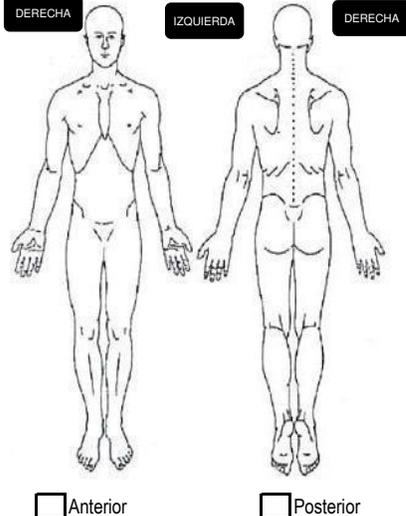
Muerto?

Conservado? _____ (Método) _____

Reconocimiento por foto o dibujo? Si No

Descripción: _____

Localización Anatómica:



Sintomas y Signos Locales

- | Hora Inicio | Hora Inicio | Hora Inicio |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| <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

- | Hora Inicio: | Hora Inicio: | Hora Inicio: |
|------------------------------------|---|---|
| <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
- 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
- Antihistamínicos 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:
