

**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? \_\_\_\_\_ Reconocimiento Taxonómico: \_\_\_\_\_  
 Conservado? \_\_\_\_\_ (Método) \_\_\_\_\_  
 Reconocimiento por foto o dibujo?  Si  No  
 Descripción: \_\_\_\_\_

**Localización Anatómica:**

DERECHA

Anterior

IZQUIERDA

Posterior

DERECHA

Anterior

**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  
 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:**  
 \_\_\_\_\_