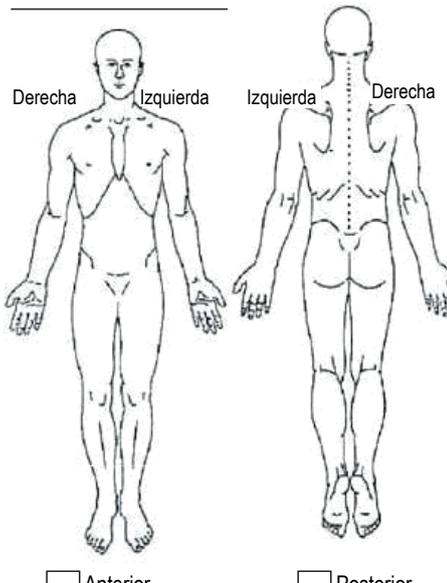


Fecha y Hora de la Consulta:/...../...../ Hrs.	Fecha y hora de la Exposición/Evento:/...../...../ Hrs.	Tiempo de inicio de síntomas: mi hr di ms Desc
PACIENTE Nombre y Apellido: _____ Provincia: _____ Localidad: _____ Tel: _____ Doc. N°: _____		
Edad: ____ meses/años Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Domicilio: _____ _____	Ocupación: _____ _____
Tipo de Animal involucrado: <input type="checkbox"/> YARARA sin identificar (<i>Bothrops sp</i>) <input type="checkbox"/> YARARA grande (<i>Bothrops alternatus</i>) <input type="checkbox"/> YARARA fiata (<i>Bothrops ammodytoides</i>) <input type="checkbox"/> YARARA 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: Actividad realizada durante el 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		
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"/> 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"/> Herida desgarrada <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Adenopatía	
Signos y Síntomas Generales Hora Inicio: _____ Hrs.		
<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		
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"/> Crofático 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 incidente: _____ Min / Hr <input type="checkbox"/> Escorpiónico Monovalente Efectos Adversos <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Loxoscelico 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 parenteral <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
Sello, Firma y Aclaración Médico Tratante: _____		