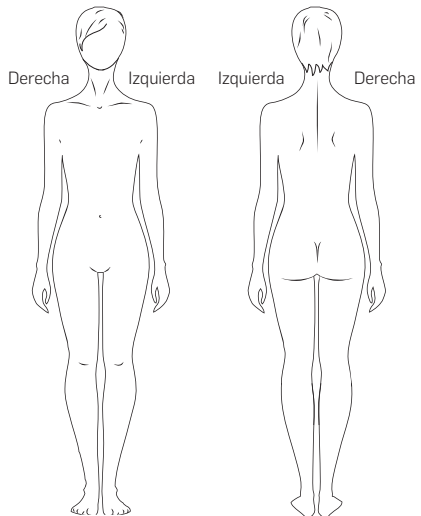


## NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES CON ANIMALES PONZOÑOSOS

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: _____ _____	
<b>Tipo de Animal involucrado:</b> <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 ammodytoides</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:    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"/> 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		Clasificación del cuadro <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo			
Previo al ingreso <input type="checkbox"/> Higiene <input type="checkbox"/> Antisepsia <input type="checkbox"/> Otros		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			
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		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: _____			