
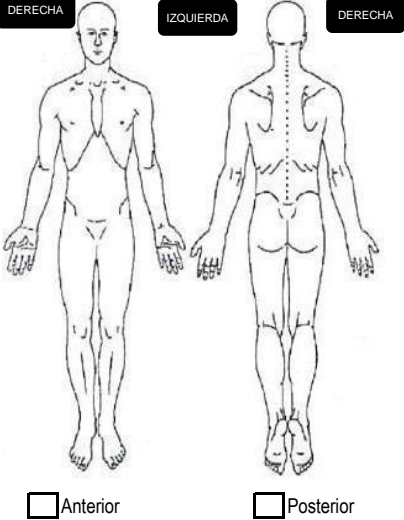


FICHA de NOTIFICACIÓN de INTOXICACIÓN POR VENENOS ANIMALES		Nro. de Registro:		 Ministerio de Salud Argentina																									
Fecha y Hora de la Consulta:		Fecha y hora de la Exposición/Evento:		Latencia:   mi hr di ms Desc																									
<b>PACIENTE</b>																													
Nombre y Apellido:		Localidad:		Provincia:                      Tel:																									
Edad:   meses/años		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Domicilio:                      Ocupación:																									
<b>Tipo de Animal involucrado:</b> <input type="checkbox"/> YARARA ( <i>Bothrops</i> ) <input type="checkbox"/> CASCABEL ( <i>Crotalus</i> ) <input type="checkbox"/> CORAL ( <i>Micrurus</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"/> ARMADEIRA ( <i>Phoneutria</i> ) <input type="checkbox"/> OTRA ARAÑA <input type="checkbox"/> TITYUS <input type="checkbox"/> OTRO ESCORPIÓN <input type="checkbox"/> INSECTO _____ <input type="checkbox"/> PEZ _____ <input type="checkbox"/> OTRO _____ <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO _____		<b>Centro Asistencial donde ingresa</b> Localidad:                      Provincia:                      Teléfono: _____ <b>Se deriva</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI   Dónde? _____		<b>Ubicación / Ámbito del Accidente:</b> <input type="checkbox"/> Domiciliario <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Peridomiciliario <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro																									
		<b>Trae ejemplar</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   Vivo?   Muerto?   Conservado? _____ (Método) _____ Reconocimiento por foto o dibujo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Descripción: _____		<b>Actividad realizada durante el accidente:</b> _____																									
<b>Localización Anatómica:</b> 		<b>Sintomas y Signos Locales</b> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dolor</td> <td><input type="checkbox"/> Eritema</td> <td><input type="checkbox"/> Cianosis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ardor</td> <td><input type="checkbox"/> Mácula</td> <td><input type="checkbox"/> Palidez</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Prurito</td> <td><input type="checkbox"/> Pápula</td> <td><input type="checkbox"/> Hematoma, Equimosis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paresias</td> <td><input type="checkbox"/> Edema</td> <td><input type="checkbox"/> Reticulado marmóreo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Parestesia</td> <td><input type="checkbox"/> Vesículas</td> <td><input type="checkbox"/> Necrosis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Parálisis</td> <td><input type="checkbox"/> Ampollas</td> <td><input type="checkbox"/> Hemorragia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro _____</td> <td><input type="checkbox"/> Flictenas</td> <td><input type="checkbox"/> Herida desgarrada</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Punctura</td> <td><input type="checkbox"/> Adenopatía</td> </tr> </table>				<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
<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																											
		<b>Signos y Síntomas Generales</b> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Náusea</td> <td><input type="checkbox"/> Hipertensión</td> <td><input type="checkbox"/> Excitación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vómitos</td> <td><input type="checkbox"/> Hipotensión</td> <td><input type="checkbox"/> Depresión sensorio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mareos</td> <td><input type="checkbox"/> Taquicardia</td> <td><input type="checkbox"/> Alt. pares craneales</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Palidez</td> <td><input type="checkbox"/> Bradicardia</td> <td><input type="checkbox"/> Disnea</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ictericia</td> <td><input type="checkbox"/> Arritmias</td> <td><input type="checkbox"/> Taquipnea</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cianosis</td> <td><input type="checkbox"/> Precordialgias</td> <td><input type="checkbox"/> Bradipnea</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Midriasis</td> <td><input type="checkbox"/> Hemorragias</td> <td><input type="checkbox"/> Oliguria</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mialgias</td> <td><input type="checkbox"/> Hipercrinia</td> <td><input type="checkbox"/> Otro _____</td> </tr> </table>				<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 _____
<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 _____																											
<b>TRATAMIENTO</b> Previo al Ingreso <input type="checkbox"/> Higiene <input type="checkbox"/> Antisepsia <input type="checkbox"/> Otros <b>Antiveneno administrado:</b> <input type="checkbox"/> Botrópico Bivalente                      Dosis: _____ ampollas   Lote N° _____ <input type="checkbox"/> Botrópico Tetravalente                      Vía de administración:   EV - IM - SC <input type="checkbox"/> Crotálico Monovalente                      Fecha y hora de aplicación: _____ <input type="checkbox"/> Micrúrico Monovalente                      Tiempo transcurrido desde incidente: _____ Min / Hr <input type="checkbox"/> Latrodéctico Monovalente                      Efectos Adversos <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tempranos <input type="checkbox"/> Escorpiónico Monovalente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Tardíos <input type="checkbox"/> Loxoscelico Monovalente                      Fabricante ampollas/Laboratorio: _____ <input type="checkbox"/> Antiaraacnídico <input type="checkbox"/> Otro _____		<b>Clasificación del Envenenamiento:</b> <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo		<b>Prácticas contraindicadas realizadas previamente</b> <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																									
<b>Evolución:</b> <input type="checkbox"/> Cura sin secuelas <input type="checkbox"/> Cura con secuelas <input type="checkbox"/> Muerte Lugar de Internación <input type="checkbox"/> Guardia <input type="checkbox"/> Sala general <input type="checkbox"/> Unidad terapia intensiva Días de Internación: _____		<b>Otro tratamiento realizado:</b> <input type="checkbox"/> Corticoides <input type="checkbox"/> Hidratación parenteral <input type="checkbox"/> Antihistaminicos <input type="checkbox"/> Suero/Vac. Antitetánica <input type="checkbox"/> Analgésicos <input type="checkbox"/> Quirúrgico <input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Otro _____																											
		<b>Fecha de Vencimiento de ampollas restantes:</b> _____		<b>Sello, Firma y Aclaración Médico Tratante:</b> _____																									