



Gobierno Provincial  
Ministerio de Salud Pública

# 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: \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_

Edad: ..... meses/años Sexo: M  F  Tel: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

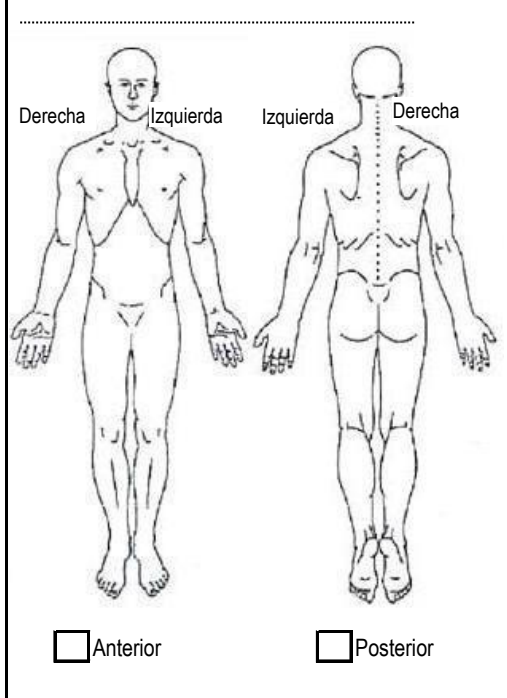
## Centro Asistencial donde ingresa

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## Tipo de Animal involucrado:

<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 .....	Se deriva <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>Actividad realizada durante el accidente:</b> Reconocimiento Taxonómico: ..... Reconocimiento por foto o dibujo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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

## TRATAMIENTO Clasificación del Envenenamiento:

Leve  Moderado  Severo

## Previo al Ingreso Prácticas contraindicadas realizadas previamente

Higiene  Antisepsia  Otros  
 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 .....

## Otro tratamiento realizado:

Corticoides  Hidratación parenteral  
 Antihistamínicos  Suero/Vac. Antitetánica  
 Analgésicos  Quirúrgico  
 Antibióticos  Otro

## Fecha de Vencimiento de ampollas restantes:

.....

## Evolución: Sello, Firma y Aclaración Médico Tratante:

Cura sin secuelas  Cura con secuelas  Muerte  
 Lugar de Internación  Guardia  Sala general  UTI  
 Días de Internación: .....