

# Ficha de Notificación de Intoxicación Aguda por Plaguicidas

## (Caso sospechoso, llenar por nivel de atención)

### Datos del notificante

Región Sanitaria: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Fecha de notificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de investigación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de Recepción : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha y hora de exposición: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Datos del paciente

Dirección:		Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	
Distrito:	Departamento:	Coordenadas:	
N° C.I.:			
Sexo:	Edad: años ____ meses		
F      M	(menores de 1 años) ____		
Pueblos originarios: si   no		Etnia: _____	Estado Civil: _____
gestación: _____		Gestante: si   no   Semana de Lactancia: _____	
Escolaridad: <input type="checkbox"/> Sin escolaridad <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Terciaria			
Ocupación: Desempleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Empresa: _____			
Otros: _____ Menor de edad ____ Ama de casa: _____			
3- Lugar de ocurrencia de la intoxicación			
Nombre:		Barrio/Localidad:	
Dirección:		Teléfono:	
Distrito:		Teléfono:	
Nombre del empleador:		Teléfono:	
4- Tipo de exposición: Laboral <input type="checkbox"/> Accidental no laboral <input type="checkbox"/> Intencional suicida <input type="checkbox"/> Intencional homicida <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>			
5- Actividad al momento de exposición			
<input type="checkbox"/> Preparación / Formulación / Fraccionamiento			
<input type="checkbox"/> Actividad de campo (tipo de cultivo) _____			
<input type="checkbox"/> Actividades no laboral: Cual: _____			
<input type="checkbox"/> Aplicación Agrícola/Pecuaria <input type="checkbox"/> Aplicación Domiciliaria			
<input type="checkbox"/> Almacenamiento, distribución y expendio <input type="checkbox"/> Aplicación en Salud Pública <input type="checkbox"/> Desconocido			

**Cuando se puede identificar el agente:**

Nombre común:

Nombre comercial: \_\_\_\_\_

Nombre químico:

Cantidad empleada: \_\_\_\_\_

Para qué se uso?: \_\_\_\_\_

Cómo se uso?: \_\_\_\_\_

Fecha en la que se uso: \_\_\_\_\_

8- Vía de exposición: Oral  Piel  Respiratoria  Ocular  Desconocido  Otra

9- Signos y síntomas

Digestiva	Cardio respiratoria	Neurológica	Cutáneo-Mucosa
<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Sudoración
<input type="checkbox"/> Vómito	<input type="checkbox"/> Rinorrea	<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Prurito
<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Broncorrea	<input type="checkbox"/> Visión Borrosa	<input type="checkbox"/> Urticaria
<input type="checkbox"/> Sialorrea	<input type="checkbox"/> Dolor Torácico	<input type="checkbox"/> Miosis	<input type="checkbox"/> Cianosis
<input type="checkbox"/> Dolor Abdominal	<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Midriasis	<input type="checkbox"/> Palidez
<input type="checkbox"/> Molestia Faríngea	<input type="checkbox"/> Arritmias	<input type="checkbox"/> Temblores	<input type="checkbox"/> Ictericia
<input type="checkbox"/> Hemorragia digestiva	<input type="checkbox"/> Sibilancia	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Eritema
<input type="checkbox"/> Otros (Especifique) _____	<input type="checkbox"/> Disnea	<input type="checkbox"/> Relajación de esfínter	<input type="checkbox"/> Lagrimeo
	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Fasciculaciones	<input type="checkbox"/> Escozor de ojos
	<input type="checkbox"/> Hipotensión	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Irritación conjuntival
	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Glasgow	<input type="checkbox"/> Otros (Especifique) _____
	<input type="checkbox"/> Expectoración	<input type="checkbox"/> Parálisis flácida	
	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Parálisis respiratoria	
	<input type="checkbox"/> Otros (Especifique) _____	<input type="checkbox"/> Otros (Especifique) _____	

Observaciones: \_\_\_\_\_

10- Exámenes toxicológicos

Test de colinesterasa  Si (Resultado \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ U/LT  Método plasmática)  No

Sin Información

Test de colinesterasa  Si (Resultado \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ U/LT  Método eritrocitaria)  No

Sin Información

Otros para plaguicidas (cuál?) \_\_\_\_\_

Sin Información

Otros exámenes de diagnóstico toxicológicos, Cuál? \_\_\_\_\_

11- Modo de atención y egreso

Paciente Hospitalizado:  Si  No UTI:  Si  No Paciente ambulatorio:  Si  No

Alta médica  Alta solicitada  Fuga

Fallecido Fecha de fallecimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Referido Centro de referencia: \_\_\_\_\_

12- Nombre del que notifica:

Profesión:  Médico  Enfermera  Otro

Nombre del responsable:

Tel.: \_\_\_\_\_

Datos a ser llenados por la UER

Situación de alerta

Si  No

Investigación de campo

Si  No

Fecha de investigación

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_