



**FICHA DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN
ACCIDENTES POR ANIMALES PONZOÑOSOS
(OFIDISMO – ESCORPIONISMO - ARANEISMO)**

Región Sanitaria: _____

Institución Notificante: _____

Nombre y Apellido del Notificante: _____ Fecha de Notificación ____/____/____

Nombre y Apellido del paciente: _____ Teléfono: _____

Edad: ____ Meses ____ Sexo: M F Etnia: _____ Ocupación: _____

Depto: _____ Distrito: _____ Localidad: _____ Dirección: _____

Lugar dónde ocurrió el accidente

Residencia Escuela/Colegio Chacra Monte Otros: _____

Fecha del Accidente: ____/____/____ Hora del Accidente: _____

Especificar lugar de mordedura/picadura en el cuerpo

Cabeza Cuello Espalda Tórax Abdomen
 Miembros superiores: Mano Brazo Antebrazo
 Miembros inferiores: Pie Tobillo Pierna Muslo
 Otro _____

¿SE APLICÓ ANTÍDOTO? NO SI TIPO DE ANTÍDOTO aplicado: _____
 Número de ampollas/dosis aplicadas: _____
 Tiempo de transcurrido entre el accidente y la aplicación del antídoto (en Horas)
 0 -1 1-2 2-3 3-4 4-5 6 horas o más

Identificación/Características del ofidio: _____ SIN DATOS
 Bothrops Crotalus Micrurus Otro _____

Identificación/ Características del escorpión: _____ SIN DATOS

Identificación/ Características del arácnido: _____ SIN DATOS

REACCIONES LOCALES

Ninguna alteración
 Dolor Eritema Edema Absceso Hemorragia
 Necrosis Excoriaciones Adenopatía Vesícula Pápula
 Otro (Especificar): _____

REACCIONES GENERALES

Dolor Generalizado Hemorragias Alteraciones de la coagulación
 Caída de párpado Shock Imposibilidad de mover el globo ocular
 Insuf. Respiratoria Insuficiencia Renal Coloración oscura de la orina
 Visión Borrosa Nauseas/Vómito Otro (Especificar): _____

HOSPITALIZACIÓN SI Institución _____ Fecha: ____/____/____ NO

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SI Institución _____ Fecha: ____/____/____ NO

ALTA MÉDICA SI Fecha ____/____/____

TRATAMIENTO AMBULATORIO SI Fecha: ____/____/____ NO

Reacción adversa a la sueroterapia **Evolución del Caso:** Cura sin secuelas Cura con secuela

MUERTE: SI Fecha: ____/____/____

Observaciones: _____

Responsable de la evaluación (Nombre y Apellido): _____

Firma: _____ **Cargo:** _____