

A.O.: ..... Sem. Epid.: ..... Nro. de Registro: .....

Fecha y Hora de la Consulta: ..... Fecha y hora de la Exposición/Evento: ..... Latencia: mi hr di ms Desc

PACIENTE DNI N°: ..... Localidad: ..... Provincia: ..... Tel: .....

Nombre y Apellido: ..... Edad: ..... meses/años Sexo: M  F  Domicilio: ..... Ocupación: .....

- Tipo de Animal involucrado:**
- YARARA (*Bothrops*)
  - CASCABEL (*Crotalus*)
  - CORAL (*Micurus*)  OTRO OFIDIO
  - VIUDA NEGRA (*Latrodectus*)
  - ARAÑA DE LOS RINCONES (*Loxosceles*)
  - ARMADEIRA (*Phoneutria*)  OTRA ARAÑA
  - TITYUS  OTRO ESCORPIÓN
  - INSECTO .....
  - PEZ .....
  - OTRO .....
  - DESCONOCIDO .....

Centro Asistencial donde ingresa Localidad: ..... Provincia: ..... Teléfono: .....

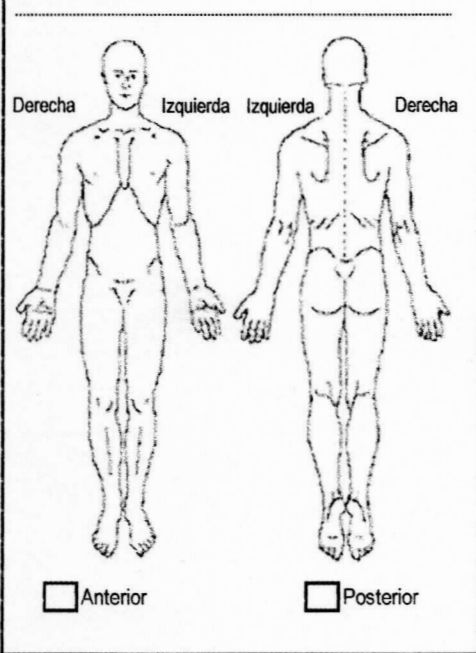
Se deriva  NO  SI Dónde? .....

**Ubicación / Ámbito del Accidente:**  Domiciliario  Urbano  
 Peridomiciliario  Rural  
 Laboral  Otro

**Actividad realizada durante el accidente:** .....

**Trae ejemplar**  SI Vivo? Reconocimiento Taxonómico: .....  
 NO Muerto? Conservado? ..... (Método) .....  
Reconocimiento por foto o dibujo?  Si  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 mamáreo  |
| <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          |

**Signos y Síntomas Generales**

- | Hora Inicio:                       | Hora Inicio:                            | Hora Inicio:                                  |
|------------------------------------|---|---|
| <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"/> Hipercrenina   | <input type="checkbox"/> Otro .....           |

**TRATAMIENTO**

Previo al Ingreso  Higiene  Antisepsia  Otros

Antiveneno administrado:  
 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: .....  
 Antiaraacnídico  
 Otro .....

**Clasificación del Envenenamiento:**

Leve  Moderado  Severo

**Prácticas contraindicadas realizadas previamente**

Cauterización  Hielo  Bebidas alcohólicas  
 Ligadura  Succión  Incisión

**Otro tratamiento realizado:**

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

**Fecha de Vencimiento de ampollas restantes:** .....

**Evolución:**

Cura sin secuelas  Cura con secuelas  Muerte  
 Lugar de Internación  Guardia  Sala general  Unidad terapia intensiva  
 Días de Internación: .....

**Sello, Firma y Aclaración Médico Tratante:**

.....