



# FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CASO DE ACCIDENTES POR ANIMALES VENENOSOS



### Datos de filiación del accidentado

Nombre y apellido: .....  
DNI: ..... Edad: ..... Sexo: ..... Ocupación: .....  
Domicilio actual: .....  
Localidad: ..... Departamento: ..... Tel.: .....

### Datos del accidente

Fecha del accidente: ...../...../..... Hora del accidente: .....  
Localidad: ..... Departamento: ..... Provincia: .....  
Demora en consultar: ..... A causa de: .....  
Actividad que realizaba al momento del accidente: .....  
.....

### Animal que provocó el accidente

#### Ofidio

- Yará sin identificar (*Bothrops* sp.)
- Yará Grande (*Bothrops alternatus*)
- Yará Chica (*Bothrops newiedii*)
- Yará Ñata (*Bothrops ammodytoides*)
- Cascabel (*Crotalus durissus*)
- Coral (*Micrurus pyrrhocryptus*)
- Otro (especificar): .....
- Desconocido

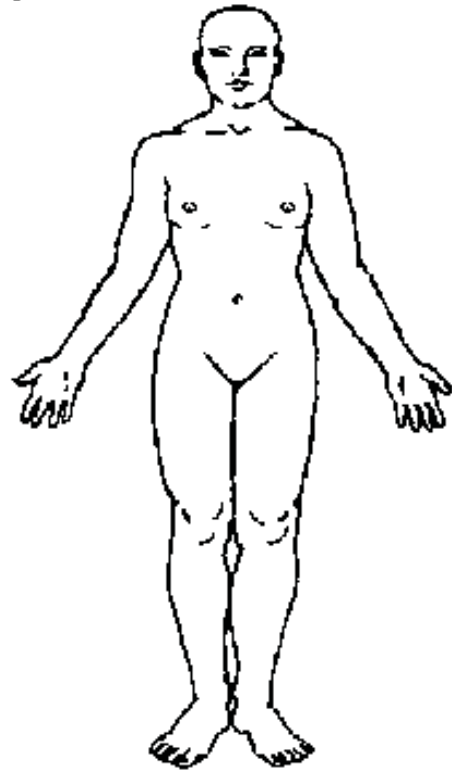
#### Alacrán

- Tytilus trivittatus*
- Otro (especificar): .....
- Desconocido

#### Araña

- Viuda Negra (*Latrodectus mactans*)
- Araña Marrón (*Loxocles laeta*)
- Otro (especificar): .....
- Desconocido

### Localización de la mordedura o picadura



### Síntomas locales

- |  |                                      |                                      |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Huella de la picadura | <input type="checkbox"/> Eritema     | <input type="checkbox"/> Necrosis    |
| <input type="checkbox"/> Dolor como alfilerazo | <input type="checkbox"/> Tumefacción | <input type="checkbox"/> Ardor       |
| <input type="checkbox"/> Rubor                 | <input type="checkbox"/> Esquimosis  | <input type="checkbox"/> Edema local |

Otros (especificar): .....

### Sintomatología general

Inicio de la signo-sintomatología: ..... minutos

Diagnóstico:  Leve  Moderado  Grave

### Control de laboratorio al ingreso. Resultados:

Leucocitos: ..... Glucemia: ..... Eritro: ..... Otros: .....



# FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CASO DE ACCIDENTES POR ANIMALES VENENOSOS



## Sintomas generales

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alteración del sensorio | <input type="checkbox"/> Cianosis                  | <input type="checkbox"/> Vómitos                  |
| <input type="checkbox"/> Alteración de la visión | <input type="checkbox"/> Rubicundez de la cara     | <input type="checkbox"/> Hemorragias              |
| <input type="checkbox"/> Excitación psicomotriz  | <input type="checkbox"/> Piloerección              | <input type="checkbox"/> Sialorrea                |
| <input type="checkbox"/> Insomnio                | <input type="checkbox"/> Miosis                    | <input type="checkbox"/> Rinorrea                 |
| <input type="checkbox"/> Depresión               | <input type="checkbox"/> Nistagmus                 | <input type="checkbox"/> Hematuria                |
| <input type="checkbox"/> Parestesia              | <input type="checkbox"/> Hipotermia                | <input type="checkbox"/> Epífora                  |
| <input type="checkbox"/> Irritabilidad           | <input type="checkbox"/> Mala perfusión periférica | <input type="checkbox"/> Sudoración               |
| <input type="checkbox"/> Temblores               | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal           | <input type="checkbox"/> Precordialgia            |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones            | <input type="checkbox"/> Taquipnea                 | <input type="checkbox"/> Taquicardia              |
| <input type="checkbox"/> Espasmos                | <input type="checkbox"/> Broncorrea                | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial    |
| <input type="checkbox"/> Parálisis               | <input type="checkbox"/> Rales finos               | <input type="checkbox"/> Extrasistolia            |
| <input type="checkbox"/> Cefalea                 | <input type="checkbox"/> Sibilancias               | <input type="checkbox"/> Miocarditis              |
| <input type="checkbox"/> Calambres musculares    | <input type="checkbox"/> Disnea                    | <input type="checkbox"/> Fallo cardiocirculatorio |
| <input type="checkbox"/> Palidez                 |  |   |

Otros (especificar): .....

Observaciones: .....

## Tratamiento coadyuvante

- |                                     |   |                                       |
|-------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Corticoide | <input type="checkbox"/> Antihistamínico        | <input type="checkbox"/> Antitetánica |
| <input type="checkbox"/> Analgésico | <input type="checkbox"/> Hidratación parenteral | <input type="checkbox"/> Oxígeno      |

Otros (especificar): .....

## Tratamiento específico

Centro asistencial donde fue atendido: .....

Centro al que fue derivado: .....

### Antiveneno suministrado

- |   |  |  |                                      |
|---|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antiescorpiónico | <input type="checkbox"/> Antilatrodectus | <input type="checkbox"/> Antiloxoceles | <input type="checkbox"/> Polivalente |
| <input type="checkbox"/> Bivalente        | <input type="checkbox"/> Anticrotálico   | <input type="checkbox"/> Antielapídico |                                      |

Otros (especificar): .....

Dosis: ..... ampollas/frascos    Lote N°: .....    Vía: .....

Reacción al suero:  Favorable     Intolerancia

¿Cuánto tiempo después del accidente se aplicó el suero? .....

¿Fue internado?  SI     NO    ¿Dónde? .....

¿Falleció?  SI     NO    Fecha de alta/óbito: ...../...../.....

### Complicaciones inmediatas (dentro de las 24 horas)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Edema agudo de pulmón | <input type="checkbox"/> Arritmia                             | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal |
| <input type="checkbox"/> Shock                 | <input type="checkbox"/> Coagulación intravascular diseminada |  |

Otros (especificar): .....

## Identificación del informante

Apellido y nombre: .....

Fecha de notificación: ...../...../.....

.....  
Firma