



PROVINCIA DE SANTA FE
Ministerio de Salud

FICHA DE EXPOSICION/INTOXICACION POR PLAGUICIDAS

Definición de caso sospechoso: persona que presenta exposición y/o cuadro clínico súbito antes de 24 horas de la exposición al agente, originado por la absorción de una o más sustancias por cualquier vía: inhalatoria (tracto respiratorio), digestiva (ingestión) y dérmica (por contacto directo a través de la piel y mucosas; con manifestaciones variables que son expresión de la respuesta tóxica de los diferentes órganos y sistemas.

1-IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCION		
Localidad:	Provincia:	
Establecimiento de salud:	Teléf/fax:	
Nombre y Apellido del notificante:	Teléfono:	
2- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Apellido y nombre:	Doc Nro:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Fecha Nac:/...../.....	Edad: (día/mes/año)	Historia clínica Nro:
Domicilio:	Localidad:	Provincia:
Ocupación:		
Escolaridad: Analfabeto <input type="checkbox"/> Primaria inc. <input type="checkbox"/> Primaria comp. <input type="checkbox"/> Secundaria inc. <input type="checkbox"/> Secundaria comp. <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Lee/escrbe <input type="checkbox"/>		
Embarazo actual: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Lactancia actual: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
3. INFORMACION CLINICO EPIDEMIOLOGICA		
Fecha consulta:/..../....	Fecha exposición:/..../....	Localidad:
Tiempo desde exp:.....hs/ds/ms Duración de exp:.....hs/ds/ms		
4. SITUACION DE LA EXPOSICION/INTOXICACION (cómo y con qué)		
5. CIRCUNSTANCIA EXP/INTOXICACIÓN		Intencional <input type="checkbox"/> Accidental <input type="checkbox"/> Ocupacional <input type="checkbox"/> Ambiental <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/>
6. ACTIVIDAD PRINCIPAL AL MOMENTO DE LA EXPOSICIÓN (marque una o más opciones)		
<input type="checkbox"/> Producción/Formulación <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Mezcla / Carga <input type="checkbox"/> Aplicación en campo <input type="checkbox"/> Cuidado del equipo <input type="checkbox"/> Presencia en el lugar <input type="checkbox"/> Re-entrada en cultivo <input type="checkbox"/> Aplicación domiciliaria <input type="checkbox"/> Aplicación en salud pública <input type="checkbox"/> Terapéutica humana <input type="checkbox"/> Terapéutica veterinaria <input type="checkbox"/> Otra (cuál?)..... <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> No corresponde		
7. LUGAR DE LA EXPOSICION		
<input type="checkbox"/> Hogar (urbano/periurbano) <input type="checkbox"/> Hogar (rural) <input type="checkbox"/> Granja/campo <input type="checkbox"/> Invernadero <input type="checkbox"/> Jardín (urbano/periurbano) <input type="checkbox"/> Jardín (rural) <input type="checkbox"/> Area pública <input type="checkbox"/> Depósito <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro (cuál?)		
8. VÍA DE EXPOSICIÓN (marque vía principal, o más de una, si fuera necesario)		<input type="checkbox"/> Respiratoria <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Dérmica <input type="checkbox"/> Ocular <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Otra

9. SIGNOS Y SINTOMAS

- Cefalea Fasciculaciones Aum.de sudoración Bradicardia Sialorrea Irritación ocular
 Mareos Visión borrosa Palidez Taquicardia Nauseas Dermatitis
 Convulsiones Parestesias Cianosis Hipotensión Vómitos Muerte
 Temblores Miosis Hipertensión Diarrea Coma Broncorrea
 Polineuropatía periférica Deterioro del sensorio Distrés respiratorio
 Otro.....

10. SEVERIDAD

- Asintomático Leve
 Moderada Severo

Efectos: Locales Sistémicos Ambos

11. TRATAMIENTO

Tratamiento: Si No Desconocido **Derivado:** Si No Desconocido

Tratamiento dado : Medidas de rescate Medidas de sostén y sintomática Trat. específico antidótico

Hospitalización: Si No Desconocido Días en hospital.....Días en UCI.....

12. LABORATORIO

Fecha toma de muestra...../...../..... **Material remitido**..... **Resultado**.....

Fecha toma de muestra...../...../..... **Material remitido**..... **Resultado**.....

13. EVOLUCION

- Recuperación Recuperación c/secuelas Muerte relacionada
 Muerte no relacionada Desconocida

14. IDENTIFICACION DEL PRODUCTO

Nombre comercial del producto: Desconocido

Concentración % Desconocida

Forma física: Gas Líquido Sólido Desconocida

Uso dado: Insecticida Rodenticida Herbicida Funguicida Acaricida

Desconocido Otro (cuál?)..... Desvío de uso

15. GRUPO QUIMICO (marque más de uno si fuera relevante)

- Organofosforado Carbamato Organoclorado Piretroide Clorofenoxi
 Glifosato Paraquat Cumarínico Organomercurial
 Fosfuro de aluminio Desconocido
 Otro (cuál?).....

16. COMENTARIOS (consignar todo relato que considere pertinente al caso)

Fecha de notificación / /

Firma y sello del médico.....