

Nro. de Registro:

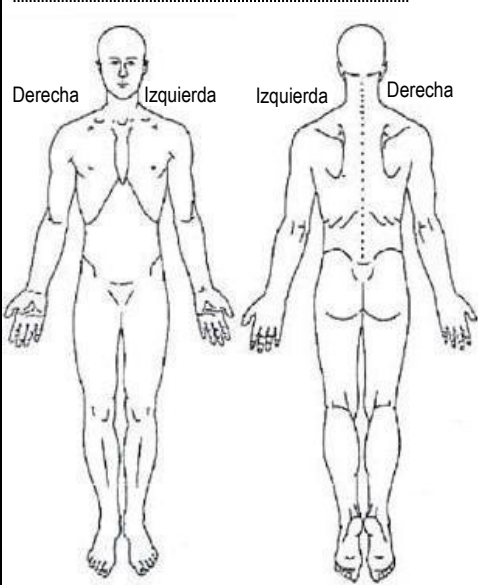
Fecha y Hora de la Consulta:	Fecha y hora de la Exposición/Evento:	Latencia: mi hr di ms Desc
------------------------------	---------------------------------------	----------------------------

PACIENTE
Nombre y Apellido: _____ DNI _____ Localidad _____ Provincia _____ te _____

Edad: meses/años Sexo: M F Domicilio: _____ Ocupación: _____

Tipo de Animal involucrado: <input type="checkbox"/> YARARA (<i>Bothrops</i>) <input type="checkbox"/> CASCABEL (<i>Crotalus</i>) <input type="checkbox"/> CORAL (<i>Micrurus</i>) <input type="checkbox"/> OTRO OFIDIO <input type="checkbox"/> VIUDA NEGRA (<i>Latrodectus</i>) <input type="checkbox"/> ARAÑA DE LOS RINCONES (<i>Loxosceles</i>) <input type="checkbox"/> ARMADEIRA (<i>Phoneutria</i>) <input type="checkbox"/> OTRA ARAÑA <input type="checkbox"/> TITYUS <input type="checkbox"/> OTRO ESCORPIÓN <input type="checkbox"/> INSECTO <input type="checkbox"/> PEZ <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO	Centro Asistencial donde ingresa Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____ Se deriva <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Dónde?	
	Ubicación / Ámbito del Accidente: <input type="checkbox"/> Domiciliario <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Peridomiciliario <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro	Actividad realizada durante el accidente:
	Trae ejemplar <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Vivo? _____ Muerto? _____ Reconocimiento Taxonómico: Conservado? _____ (Método) Reconocimiento por foto o dibujo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Descripción:	

Localización Anatómica:



Anterior Posterior

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 marmóreo
<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"/> Hipercrinia	<input type="checkbox"/> Otro

TRATAMIENTO

Previo al Ingreso Higiene Antisepsia Otros

Antiveneno administrado:

<input type="checkbox"/> Botrópico Bivalente	Dosis: ampollas Lote N°
<input type="checkbox"/> Botrópico Tetravalente	Vía de administración: EV - IM - SC
<input type="checkbox"/> Crotálico Monovalente	Fecha y hora de aplicación:
<input type="checkbox"/> Micrúrico Monovalente	Tiempo transcurrido desde incidente: Min / Hr
<input type="checkbox"/> Latrodéctico Monovalente	Efectos Adversos <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tempranos
<input type="checkbox"/> Escorpiónico Monovalente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Tardíos
<input type="checkbox"/> Loxoscelico Monovalente	Fabricante ampollas/Laboratorio:
<input type="checkbox"/> Antiaraacnídico	
<input type="checkbox"/> 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:

.....