



PERU  
Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

FICHA CLINICO-EPIDEMIOLÓGICO DE ACCIDENTES POR ANIMALES PONZOÑOSOS

1. Tipo de accidente:  OFIDICO  ARÁCNIDO  OTROS 2. Fecha de notificación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

3. Caso N° \_\_\_\_\_

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

4. GERESA DIRESA/DIRIS: \_\_\_\_\_ 7. Distrito: \_\_\_\_\_  
5. EE.SS: \_\_\_\_\_ 8. Teléfono: \_\_\_\_\_  
6. Dirección: \_\_\_\_\_ 9. Correo electrónico: \_\_\_\_\_

II. DATOS DEL PACIENTE

10. Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_ 13. Sexo:  M  F  
11. DNI: \_\_\_\_\_ 14. Edad: \_\_\_\_\_  
12. Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 15. Ocupación: \_\_\_\_\_  
16. Domicilio/Residencia: \_\_\_\_\_  
17. Zona de residencia:  Urbano  Rural 18. Teléfono: \_\_\_\_\_  
19. Lugar del trabajo: \_\_\_\_\_

III. DATOS DEL ACCIDENTE

20. Localidad: \_\_\_\_\_ 21. Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
22. Lugar de ocurrencia: Domicilio  Peridomicilio  Otros  Especifique: \_\_\_\_\_  
23. Actividad realizada momento de accidente: Turismo  Agricultura  Caza  Otros   
24. Fecha de atención médica: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ 25. Emergencia  26. Consulta Externa   
27. Manipulación de la herida: Si  No  Especifique \_\_\_\_\_  
28. Localización de la lesión: \_\_\_\_\_  
29. Animal agresor: Serpiente  Arácnido  Otro  Especifique: \_\_\_\_\_  
Género: \_\_\_\_\_ Especie: \_\_\_\_\_  
Confirmado:  No  Si  Por: \_\_\_\_\_  
Nombre común o popular: \_\_\_\_\_  
30. Características del animal agresor:  
Color: \_\_\_\_\_ Tamaño: \_\_\_\_\_ Diseño: \_\_\_\_\_

IV. SIGNOS Y SÍNTOMAS

31. LOCALES

EDEMA	<input type="checkbox"/>	ERITEMA	<input type="checkbox"/>	EQUIMOSIS	<input type="checkbox"/>
DOLOR	<input type="checkbox"/>	PARESTESIA	<input type="checkbox"/>	NECROSIS	<input type="checkbox"/>

32. SISTÉMICOS

SUDORACION	<input type="checkbox"/>	FIEBRE	<input type="checkbox"/>	HEMATEMESIS	<input type="checkbox"/>
MIALGIA	<input type="checkbox"/>	CEFALEA	<input type="checkbox"/>	GINGIVORRAGIA	<input type="checkbox"/>
VOMITOS	<input type="checkbox"/>	MAREOS	<input type="checkbox"/>	MELENA	<input type="checkbox"/>
EPISTAXIS	<input type="checkbox"/>	SIALORREA	<input type="checkbox"/>	OLIGURIA	<input type="checkbox"/>
HEMATURIA	<input type="checkbox"/>	DOLOR ABDOMINAL	<input type="checkbox"/>	ANURIA	<input type="checkbox"/>
HEMOPTISIS	<input type="checkbox"/>				
HIPERTENSION ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	FASCIES	<input type="checkbox"/>		
HIPOTENSION ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	NEUROTOXICA	<input type="checkbox"/>		
		PERDIDA DEL SENSORIO	<input type="checkbox"/>		

V. LABORATORIO

33. TIEMPO DE COAGULACION

NORMAL	<input type="checkbox"/>	PROLONGADO	<input type="checkbox"/>	INCOAGULABLE	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	------------	--------------------------	--------------	--------------------------

HEMOGRAMA \_\_\_\_\_  
CREATININA \_\_\_\_\_  
ORINA COMPLETO \_\_\_\_\_

VI. TRATAMIENTO

34. MANEJO INICIAL DEL CASO:  Ambulatorio  Hospitalización  
35. TRATAMIENTO ESPECIFICO: Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
ANTIBOTROPICO POLIVALENTE INS   
ANTICROTALICO MONOVALENTE INS   
ANTILACHÉSICO MONOVALENTE INS   
ANTILOXOSCÉLICO MONOVALENTE INS   
OTRO   
Especificar \_\_\_\_\_  
TIPO:  Polivalente  Monovalente  
 Líquido  Liofilizado  
Procedencia: \_\_\_\_\_  
N° FRASCOS: \_\_\_\_\_ DOSIS UTILIZADA (ml) \_\_\_\_\_

**36. TRATAMIENTO SINTOMÁTICO**

- ANALGESICO
- ANTITETANICO
- ANTIBIOTICO
- CORTICOIDES
- TRANSFUSIONES
- OTROS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VII. CONDICIÓN DEL EGRESADO**

37. Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- MEJORADO
- FALLECIDO

ABANDONO   
FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CURADO

38. DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA: \_\_\_\_\_

39. SECUELA FÍSICA:  NO  SI

SI Especifique: \_\_\_\_\_

40. PACIENTE REFERIDO  SI

Establecimiento: \_\_\_\_\_

Confirmación: Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

NO

Alta hospitalaria

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**VIII. SEGUIMIENTO**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Condición: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Condición: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Condición: \_\_\_\_\_

Observaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alta definitiva:

Fecha : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IX FARMACOVIGILANCIA**

Notificación de un evento adverso a medicamentos  No  Si Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Notificación de hipersensibilidad al suero específico

Reacción inmediata  No  Si Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Reacción tardía  No  Si Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**X. OBSERVACIONES**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**XI. RESPONSABLE DE LA NOTIFICACIÓN**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello