



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  ERITEMA  EQUIMOSIS   
DOLOR  PARESTESIA  NECROSIS

##### 32. SISTÉMICOS

SUDORACION  FIEBRE  HEMATEMESIS   
MIALGIA  CEFALEA  GINGIVORRAGIA   
VOMITOS  MAREOS  MELENA   
EPISTAXIS  SIALORREA  OLIGURIA   
HEMATURIA  DOLOR  ANURIA   
HEMOPTISIS  ABDOMINAL   
HIPERTENSION  FASCIES   
ARTERIAL  NEUROTOXICA   
HIPOTENSION  PERDIDA DEL   
ARTERIAL  SENSORIO

#### V. LABORATORIO

##### 33. TIEMPO DE COAGULACION

NORMAL  PROLONGADO  INCOAGULABLE   
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