

## ANEXO 12

### FICHA CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES POR ANIMALES PONZOÑOSOS

#### I. FILIACIÓN

|                                                             |            |                                  |                                   |                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| HISTORIA CLÍNICA:                                           |            | Fecha Notificación:              |                                   | CASO N°                                                                           |
| Fecha de ocurrencia:                                        |            | HORA:                            |                                   | HORA:                                                                             |
| Fecha de atención:                                          |            | HORA:                            |                                   | Emergencia <input type="checkbox"/> 1 Consulta externa <input type="checkbox"/> 2 |
| Tipo de accidente:                                          |            | OFIDICO <input type="checkbox"/> | ARACNIDO <input type="checkbox"/> | INSECTO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>                   |
| DIRESA/GERESA/DIRIS                                         |            | LORETO                           | RED                               | ALTO AMAZONAS MR YURIMAGUAS                                                       |
| Establecimiento de Salud: HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS |            |                                  |                                   |                                                                                   |
| Departamento:                                               | Provincia: | Distrito:                        | Localidad:                        |                                                                                   |
|                                                             |            |                                  |                                   |                                                                                   |
| NOMBRES:                                                    | APELLIDOS: |                                  | Sexo                              | M F                                                                               |
| N° DNI:                                                     | Ocupación: | Telf.:                           | GESTANTE:                         | SI NO                                                                             |
| Domicilio/Residencia:                                       |            |                                  |                                   |                                                                                   |

#### II. DEL ACCIDENTE

|                                           |                                                         |                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Departamento:                             | Provincia:                                              | Distrito:                                                                                                                                                          |
|                                           |                                                         |                                                                                                                                                                    |
| Localidad:                                | Fecha:                                                  | Hora:                                                                                                                                                              |
|                                           |                                                         |                                                                                                                                                                    |
| Circunstancias del accidente:             |                                                         |                                                                                                                                                                    |
| Trabajo agrícola <input type="checkbox"/> | Domicilio: <input type="checkbox"/>                     |                                                                                                                                                                    |
| Faena de caza <input type="checkbox"/>    | Turismo/recreación: <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                    |
| Faena de pesca <input type="checkbox"/>   | Otro: <input type="checkbox"/>                          |                                                                                                                                                                    |
| Manipulación de la herida:                | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Especifique: _____                                                                                                                                                 |
| Localización de la lesión:                |                                                         |                                                                                                                                                                    |
| Cabeza <input type="checkbox"/>           | Cuello <input type="checkbox"/>                         | Torax <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/>                                                                   |
| Brazo <input type="checkbox"/>            | Antebrazo <input type="checkbox"/>                      | Mano <input type="checkbox"/> Dedo de mano <input type="checkbox"/> Tobillo <input type="checkbox"/>                                                               |
| Muslo <input type="checkbox"/>            | Pierna <input type="checkbox"/>                         | Pie <input type="checkbox"/> Dedo de pie <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>                                                                   |
| Animal agresor:                           | Serpiente <input type="checkbox"/>                      | Araña <input type="checkbox"/> Escorpión <input type="checkbox"/> Lononmia <input type="checkbox"/> Insecto <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> |
|                                           | Identificado <input type="checkbox"/>                   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Nombre común _____                                                                                         |
|                                           | Capturado <input type="checkbox"/>                      | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                            |
| Género - especie: _____                   |                                                         |                                                                                                                                                                    |

Características del animal agresor: tamaño, color, otros y en el caso de serpientes también forma de cabeza

#### III. SIGNOS Y SÍNTOMAS

| LOCALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SISTÉMICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Edema<br><input type="checkbox"/> Eritema<br><input type="checkbox"/> Equimosis<br><input type="checkbox"/> Ampollas<br><input type="checkbox"/> Flictenas<br><input type="checkbox"/> Sangrado<br><input type="checkbox"/> Necrosis<br><input type="checkbox"/> Dolor<br><input type="checkbox"/> Parestesia<br><input type="checkbox"/> Otros | <input type="checkbox"/> Sudoración<br><input type="checkbox"/> Fiebre<br><input type="checkbox"/> Sialorrea<br><input type="checkbox"/> Mialgia<br><input type="checkbox"/> Melena<br><input type="checkbox"/> Dolor abdominal<br><input type="checkbox"/> Fascies neurotóxica<br><input type="checkbox"/> Pérdida del sensorio<br><input type="checkbox"/> Cefalea<br><input type="checkbox"/> Mareos<br><input type="checkbox"/> Vómitos<br><input type="checkbox"/> Epistaxis<br><input type="checkbox"/> Oliguria<br><input type="checkbox"/> Gingivorragia<br><input type="checkbox"/> Hematuria<br><input type="checkbox"/> Hematemesis<br><input type="checkbox"/> Hemóptisis<br><input type="checkbox"/> Anuria<br><input type="checkbox"/> Hipertensión arterial<br><input type="checkbox"/> Hipotensión arterial<br>OTROS _____ |

#### IV. DIAGNÓSTICO

|                             |   |          |                                                |
|-----------------------------|---|----------|------------------------------------------------|
| Clasificación del accidente | 1 | Leve     | LABORATORIO                                    |
|                             | 2 | Moderado | <input type="checkbox"/> Hemograma completo    |
|                             | 3 | Grave    | <input type="checkbox"/> Creatinina            |
|                             |   |          | <input type="checkbox"/> Creatinfosfokinasa    |
|                             |   |          | <input type="checkbox"/> Orina completo        |
|                             |   |          | <input type="checkbox"/> Tiempo de coagulación |
|                             |   |          | Normal <input type="checkbox"/>                |
|                             |   |          | Prolongado <input type="checkbox"/>            |
|                             |   |          | Incoagulable <input type="checkbox"/>          |

**V. TRATAMIENTO**

MANEJO DE CASO

AMBULATORIO

☐

INTERNAMIENTO

☐

## TRATAMIENTO ESPECIFICO

FECHA: \_\_\_\_\_

HORA \_\_\_\_\_

LOTE \_\_\_\_\_

ANTIBOTROPICO POLIVALENTE INS

☐

ANTILACHÉSICO MONOVALENTE INS

☐

ANTICROTÁLICO MONOVALENTE INS

☐

ANTIOXOSCELICO MONOVALENTE INS

☐

OTRO: (especificar) \_\_\_\_\_

☐

Fabricante \_\_\_\_\_

Procedencia \_\_\_\_\_

Tipo: Monovalente

☐

Polivalente

☐

Líquido

☐

Liofilizado

☐

Procedencia: \_\_\_\_\_

Nº DE FRASCOS UTILIZADOS

## CONDICION DE EGRESO:

MEJORADO

☐

FECHA: \_\_\_\_\_

ABANDONO

☐

FALLECIDO

☐

DIAS DE INTERNAMIENTO

PACIENTE REFERIDO

☐ SI☐ NO

ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_

CONFIRMACIÓN: Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

ALTA HOSPITALARIA:

☐

FECHA: \_\_\_\_\_

## SEGUIMIENTO

Seguimiento: 7, 15, 30 días en ofidismo

FECHA: \_\_\_\_\_

CONDICIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

CONDICIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

CONDICIÓN: \_\_\_\_\_

SECUELA FISICA:

☐ 1☐ 2

OBSERVACIONES:

ALTA DEFINITIVA

☐

FECHA: \_\_\_\_\_

**VI. FARMACOVIGILANCIA:**

Notificación de sospecha de reacción adversa a medicamento (RAM)

☐ SI\*☐ NO

Fecha

(\*) Si la respuesta es "SI", reportar en la ficha RAM (amarilla)

Notificación de hipersensibilidad al suero específico

Reacción inmediata

☐ SI☐ NO

fecha: \_\_\_\_\_

Reacción tardía

☐ SI☐ NO

fecha: \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE DE LA NOTIFICACIÓN**

FIRMA Y SELLO