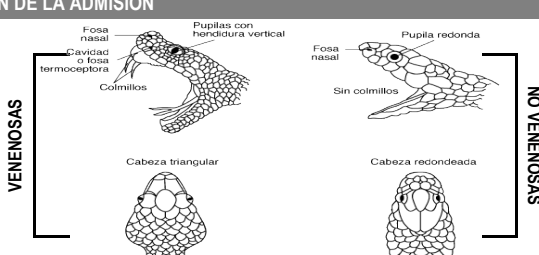


1. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD		Fecha de Ingreso: / / 20		Hora: :	
SEDES: _____ PROVINCIA: _____ MUNICIPIO: _____ RED DE SALUD: _____					
ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____				Semana epidemiológica _____	
2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE:					
NOMBRES Y APELLIDOS: _____		Teléfono: Fijo/Móvil _____			
MUNICIPIO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE OFÍDICO _____		COMUNIDAD DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE OFÍDICO _____			
EDAD: _____ SEXO: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		OCUPACION _____			
3. DATOS DEL ACCIDENTE OFÍDICO:		Fecha: / / 20		Hora: :	
ACTIVIDAD QUE REALIZABA CUANDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE OFÍDICO _____					
REALIZÓ ALGUN PROCEDIMIENTO DESPUÉS DEL ACCIDENTE OFÍDICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CUAL? _____		INCISIONES O CORTADURAS EN LUGAR DE MORDEDURA <input type="checkbox"/> UTILIZÓ TORNIQUETE <input type="checkbox"/>	
		SUCCIÓN DE HERIDA <input type="checkbox"/>		OTROS: _____	
4. TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA MORDEDURA Y LA ATENCIÓN MÉDICA:					
0 A 3 HORAS <input type="checkbox"/>		4 A 6 HORAS <input type="checkbox"/>		7 A 12 HORAS <input type="checkbox"/>	
				13 A 24 HORAS <input type="checkbox"/> MAYOR DE 25 HORAS <input type="checkbox"/>	
5. EXAMEN FÍSICO GENERAL INGRESO:					
ESTADO GENERAL DEL PACIENTE: BUENO <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MALO <input type="checkbox"/>		GLASGOW _____ /15 Ptos.			
SIGNOS VITALES: TENSION ARTERIAL _____ / _____ mmHg		Frecuencia Cardíaca _____ /idos/min.		Frecuencia respiratoria _____ /idos/min. Temperatura _____ °C	
6. LUGAR DE MORDEDURA:					
Miembro Inferior derecho <input type="checkbox"/>		Miembro Inferior izquierdo <input type="checkbox"/>		Miembro superior derecho <input type="checkbox"/>	
Miembro superior izquierdo <input type="checkbox"/>					
Segmentos: Dedos <input type="checkbox"/> Región del pie o mano <input type="checkbox"/> Pierna o Antebrazo <input type="checkbox"/> Muslo o Brazo <input type="checkbox"/> Otros lugares <input type="checkbox"/>					
HUELLAS DE LOS COLMILLOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Cuantos 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>		VARIOS <input type="checkbox"/>	
7. ALTERACIONES EN EL MOMENTO DE LA ADMISIÓN:			8. COMPLICACIONES EN EL MOMENTO DE LA ADMISIÓN		
ERITEMA <input type="checkbox"/> DOLOR <input type="checkbox"/> EDEMA <input type="checkbox"/> EQUIMOSIS <input type="checkbox"/> SANGRADO POR LA HERIDA <input type="checkbox"/> SANGRADO A DISTANCIA <input type="checkbox"/> FLICTENAS <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/>			NECROSIS <input type="checkbox"/> SINDROME COMPARTIMENTAL <input type="checkbox"/> INFECCIONES <input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA RENAL <input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/> SHOCK / CHOQUE <input type="checkbox"/> CID <input type="checkbox"/>		
Otros.- _____					
9. MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS					
VISION BORROSA <input type="checkbox"/> DIPLOPIA <input type="checkbox"/> PTOSIS PALPEBRAL <input type="checkbox"/> (facies miasténica)		DIFICULTAD RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> CONVULSIONES <input type="checkbox"/>		VÓMITOS <input type="checkbox"/> DISARTRIA <input type="checkbox"/> SUDORACION <input type="checkbox"/>	
10. DIURESIS			11. CARACTERÍSTICAS DE LA ORINA		
NORMAL <input type="checkbox"/> DISMINUIDA <input type="checkbox"/> ANURIA <input type="checkbox"/>			AMBAR <input type="checkbox"/> HEMATURICA <input type="checkbox"/> HEMOGLOBINURICA <input type="checkbox"/>		
12. LABORATORIO INGRESO					
HEMOGRAMA LEUCOCITOS _____ /mm3.		HEMATOCRITO _____ %		HEMOGLOBINA _____ g/dL	
Tiempo de Protrombina _____ %		Tiempo parcial de tromboplastina _____ %		CREATININA _____ mg/dL	
13. * TIPO DE ACCIDENTE OFÍDICO POR LA PRESENTACIÓN CLÍNICA					
INFLAMATORIO HEMORRAGICO (<i>BOTRÓPICO LAQUESICO</i>) <input type="checkbox"/>			NEUROLÓGICO (<i>CROTALICO O MICRURICO</i>) <input type="checkbox"/>		
14. CLASIFICACIÓN DE CUADRO CLÍNICO					
LEVE <input type="checkbox"/>		MODERADA <input type="checkbox"/>		GRAVE <input type="checkbox"/>	
15. ** TRATAMIENTO					
FECHA DE INICIO DE INMUNOTERAPIA _____ / _____ / 20_____		FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO _____ / _____ / 20_____			
TIPO DE SUERO UTILIZADO		CANTIDAD _____ Unidades			
BOTRÓPICO/CROTÁLICO (AZUL) <input type="checkbox"/>		CANTIDAD _____ Unidades			
BOTRÓPICO/LAQUESICO (AMARILLO) <input type="checkbox"/>		CANTIDAD _____ Unidades			
OTROS: _____		CANTIDAD _____ Unidades			
		Número de viales utilizados _____ Unidades			
16. EVOLUCIÓN DEL PACIENTE Y ALTA MÉDICA					
Fecha de EGRESO _____ / _____ / 20_____					
RESTABLECIDO CON SECUELAS <input type="checkbox"/>		RESTABLECIDO SIN SECUELAS <input type="checkbox"/>		DÍAS DE INTERNACIÓN _____	
ALTA SOLICITADA <input type="checkbox"/>		TRANSFERENCIA <input type="checkbox"/>		LUGAR _____	
				ÓBITO <input type="checkbox"/> FUGA <input type="checkbox"/>	
17. PROFESIONAL RESPONSABLE					
APELLIDOS Y NOMBRES _____		CARGO _____			
LUGAR Y FECHA DE NOTIFICACIÓN _____		NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE _____			
		FIRMA Y SELLO _____			

*LEA OBLIGATORIAMENTE EL INSTRUCTIVO PARA SABER CUANTOS MILIGRAMOS NEUTRALIZA CADA AMPOLLADE SUERO Y PODER DETERMINAR DE ESTA MANERA EL NÚMERO DE AMPOLLAS A UTILIZAR.

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE
FIRMA Y SELLO

rubencastillo168@gmail.com