



## FICHA EPIDEMIOLÓGICA Y DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE OFÍDICO (INGRESO Y SEGUIMIENTO)

## PROGRAMA NACIONAL DE VIGILANCIA Y CONTROL DE ACCIDENTES POR OFIDIOS Y PONZOÑOSOS

ministerio  
de salud  
y deportes

República de Cuba

## A) IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD:

SEDES: \_\_\_\_\_ RED DE SALUD: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ESTABLECIMIENTO DE SALUD: \_\_\_\_\_ URBANO \_\_\_\_\_ RURAL \_\_\_\_\_ HORA DE INGRESO: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_  
SEMANA EPIDEMIOLÓGICA: \_\_\_\_\_

## B) IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: ☐ M ☐ F  
MUNICIPIO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE OFÍDICO: \_\_\_\_\_ COMUNIDAD DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE OFÍDICO: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TELÉFONOS: \_\_\_\_\_

## C) DATOS DEL ACCIDENTE OFÍDICO:

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_  
ACTIVIDAD QUE REALIZABA CUANDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE OFÍDICO: \_\_\_\_\_  
REALIZÓ ALGUN PROCEDIMIENTO DESPUÉS DEL ACCIDENTE OFÍDICO: SI ☐ NO ☐ CUAL: INCISIONES O CORTADURAS \_\_\_\_\_ LUGAR DE MORDEDURA \_\_\_\_\_  
UTILIZÓ TORNIQUETE \_\_\_\_\_  
SUCCIÓN DE LA HERIDA \_\_\_\_\_  
OTROS: \_\_\_\_\_

## D) TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA MORDEDURA Y LA ATENCIÓN MÉDICA:

0 a 3 HORAS ☐ 4 a 6 HORAS ☐ 7 a 12 HORAS ☐ 13 a 24 HORAS ☐ MAYOR DE 25 HORAS ☐

## E) EXAMEN FÍSICO GENERAL AL INGRESO:

ESTADO GENERAL DEL PACIENTE: BUENO \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_  
SIGNOS VITALES: TENSIÓN ARTERIAL: \_\_\_\_/\_\_\_\_ mmHg FRECUENCIA CARDÍACA: \_\_\_\_\_ FRECUENCIA RESPIRATORIA: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_ °C  
GLASGOW: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PTOS. \_\_\_\_\_

## F) LUGAR DE LA MORDEDURA:

MIEMBRO INFERIOR DERECHO \_\_\_\_\_ MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO \_\_\_\_\_ MIEMBRO SUPERIOR DERECHO \_\_\_\_\_ MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO \_\_\_\_\_  
SEGMENTOS: \_\_\_\_\_ DELOS: \_\_\_\_\_ REGIÓN DEL PIE O MANO: \_\_\_\_\_ PIERNA O ANTEBRAZO: \_\_\_\_\_ MUSLO O BRAZO: \_\_\_\_\_  
OTROS LUGARES: \_\_\_\_\_ BUELLAS DE LOS COLMILLOS: SI ☐ NO ☐ CUANTOS: 1 ☐ 2 ☐ VARIOS ☐

## G) ALTERACIONES EN EL MOMENTO DE LA ADMISIÓN:

ERITEMA \_\_\_\_\_  
DOLOR \_\_\_\_\_  
EDEMA \_\_\_\_\_  
EQUIMOSIS \_\_\_\_\_  
SANGRADO POR LA HERIDA \_\_\_\_\_  
SANGRADO A DISTANCIA \_\_\_\_\_  
FLICTEMAS \_\_\_\_\_  
NINGUNA \_\_\_\_\_

## H) COMPLICACIONES EN EL MOMENTO DE LA ADMISIÓN:

NECROSIS \_\_\_\_\_  
SÍNDROME COMPARTIMENTAL \_\_\_\_\_  
INFECCIONES \_\_\_\_\_  
INSUFICIENCIA RENAL \_\_\_\_\_  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL \_\_\_\_\_  
SHOCK \_\_\_\_\_  
CID \_\_\_\_\_

## I) MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS:

VISION BORROSA \_\_\_\_\_ DIFICULTAD RESPIRATORIA \_\_\_\_\_  
DIPLOPIA \_\_\_\_\_ DIARREA \_\_\_\_\_  
PTOSIS PALPEBRAL (FASCIES MIASTÉNICA) \_\_\_\_\_ VÓMITOS \_\_\_\_\_  
DISARTRIA \_\_\_\_\_ CONVULSIONES \_\_\_\_\_  
SUDORACIÓN \_\_\_\_\_

## J) DIURESIS:

NORMAL: ☐ DISMINUIDA: ☐ ANURIA: ☐

## K) CARACTERÍSTICAS DE LA ORINA:

ÁMBAR ☐ HEMATÚRICA ☐ MIOGLOBINÚRICA ☐

## L) LABORATORIO INGRESO:

HEMOGRAMA \_\_\_\_\_ LEUCOCITOS: \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup> HEMATOCRITO: \_\_\_\_\_ % HEMOGLOBINA \_\_\_\_\_ gr/lts  
TIEMPO DE COAGULACIÓN: \_\_\_\_\_ min TIEMPO DE PROTROMB: \_\_\_\_\_ % TIEM. PARC. TROM. PLA.: \_\_\_\_\_ seg  
CREATININA: \_\_\_\_\_ mg/dl

## M) \* TIPO DE ACCIDENTE OFÍDICO POR LA CLÍNICA:

INFLAMATORIO HEMORRÁGICO (BOTRÓPICO LAQUÉSICO) ☐ NEUROLÓGICO (CROTÁLICO O MICRÚRICO) ☐

## N) CLASIFICACIÓN DEL CUADRO CLÍNICO:

LEVE \_\_\_\_\_ MODERADO \_\_\_\_\_ GRAVE \_\_\_\_\_

## O) \*\* TRATAMIENTO:

FECHA DE INICIO DE INMUNOTERAPIA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ TIPO DE SUERO UTILIZADO \_\_\_\_\_  
HORA DE INICIO DE TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_ BOTRÓPICO / CROTÁLICO (AZUL) \_\_\_\_\_  
BOTRÓPICO / LAQUÉSICO (AMARILLO) \_\_\_\_\_  
OTROS: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE VIALES UTILIZADOS: \_\_\_\_\_  
CUANTOS \_\_\_\_\_  
CUANTOS \_\_\_\_\_  
CUANTOS \_\_\_\_\_

## P) EVOLUCIÓN DEL PACIENTE Y ALTA MÉDICA:

RESTABLECIDO SIN SEQUELAS \_\_\_\_\_ FECHA DE EGRESO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ALTA SOLICITADA \_\_\_\_\_ RESTABLECIDO CON SEQUELAS \_\_\_\_\_  
TRANSFERENCIA \_\_\_\_\_ DIAS DE INTERNACIÓN \_\_\_\_\_ ALTA HOSPITALARIA \_\_\_\_\_  
LUGAR: \_\_\_\_\_ ÓBITO \_\_\_\_\_ FUGA \_\_\_\_\_

## Q) PROFESIONAL RESPONSABLE:

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

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