

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE ZONOSIS Y CENTRO ANTIRRABICO NACIONAL



FICHA DE NOTIFICACIÓN ACCIDENTES POR ANIMALES PONZOÑOSOS

OFIDISMO ☐	ESCORPIONISMO ☐	ARANEISMO ☐	OTRO (Especificar) _____
-----------------------------------	--	------------------------------------	--------------------------

1) DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y NOTIFICANTE

Nombre del Notificante: _____

Región Sanitaria: _____ Distrito: _____ Institución Notificante: _____

Fecha Notificación: ____/____/____

2) DATOS DEL PACIENTE CODIGO

Nro. de Cédula de Identidad y/o Pasaporte.: _____ Nombre y Apellido: _____

Fecha Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: _____ Nacionalidad: _____

Residente en Paraguay: Si ☐ No ☐ Raza (Etnia): _____ Teléfono: _____ Correo: _____

Departamento: _____ Distrito: _____ Localidad/Barrio: _____ Zona: Urbana ☐ Rural ☐ Periurbana ☐

Dirección: _____ Referencia: _____ Casa Nro.: _____

Ocupación: _____

3) DATOS CLÍNICOS

Fecha inicio Síntomas: ____/____/____ Primera Consulta: ____/____/____ ☐

Hospitalizado: Si ____ No ____ Fecha Hospitalizado: ____/____/____ Institución: _____ Fecha Alta: ____/____/____

Traslado: Si ____ No ____ Fecha: ____/____/____ Hora: _____ Institución: _____

UCI: Si ____ No ____ Fecha Ingreso: ____/____/____ Institución: _____ Fecha Egreso: ____/____/____

Clasificación del caso Leve ☐ Moderado ☐ Grave ☐ Fallecido: Si ____ No ____ Fecha: ____/____/____

4) SIGNOS Y SINTOMAS

Reacciones Locales

☐ Dolor	☐ Eritema	☐ Edema	☐ Absceso
☐ Necrosis	☐ Excoriaciones	☐ Adenopatía	☐ Vesícula
☐ Pápula	☐ Equimosis	☐ Ninguna alteración	

Reacciones Generales

☐ Dolor generalizado	☐ Hemorragias	☐ Alteraciones de la coagulación
☐ Caída de párpado	☐ Shock	☐ Imposibilidad de mover el globo ocular
☐ Insuf. Respiratoria	☐ Insuf. Renal	☐ Coloración de orina oscura
☐ Visión Borrosa	☐ Náuseas/Vómitos	
☐ Ninguna alteración	Otros: _____	

5) DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente: ____/____/____ Hora: _____ Zona Urbana ☐ Rural ☐ Periurbano ☐

Lugar donde ocurrió el accidente

Hogar y/o alrededores ☐ Institución educativa ☐ Lugar de trabajo ☐ Otros _____

Identificación/ Características del ofidio

Bothrops ☐ Crotalus ☐ Micrurus ☐ Otro ☐ S/D ☐

☐ Identificación/ Características del escorpión: _____

☐ Identificación/ Características del arácnido: _____

☐ Identificación de otro animal ponzoñoso: _____

Especificar Lugar de Mordedura/Picadura

Cabeza ☐	Cuello ☐	Espalda ☐	Tórax ☐	Abdomen ☐
Miembros superiores Mano ☐	Antebrazo ☐	Brazo ☐		
Miembros inferiores Pie ☐	Tobillo ☐	Pierna ☐	Muslo ☐	Otros _____

6) TRATAMIENTO

Tratamiento ambulatorio: Si ____ No ____ Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

¿Se aplicó Antídoto?: Si ____ No ____ Tipo de antídoto aplicado: _____

Número de ampollas/viales aplicadas: _____

Tiempo transcurrido entre el accidente y la aplicación del antídoto (en horas)

☐ 0 a 1 hora ☐ 2 a 3 horas ☐ 4 a 5 horas ☐ 6 horas o más ☐ Desconocido

Reacción adversas al antídoto: Si ____ No ____ Evolución del caso: Cura con secuelas ☐ Cura sin secuelas ☐

Observaciones:

Responsable de la evaluación:

Nombres y apellidos: _____

Firma: _____ Cargo: _____