

Dirección de Salud:
 Provincia: Distrito: Localidad:
 Establecimiento de Salud: Fecha de atención:
 Nombre del Paciente: Edad: **DNI**
 Lugar de nacimiento del paciente:
 Residencia: **Lugar del accidente:**
 Atendido: Ambulatorio () Hospitalizado () Herida manipulada SI () NO ()
 Días de Estancia:
 Accidente: Fecha:/...../..... Hora:
 Accidente: Fecha:/...../..... Hora:
 Localización de la Lesión:
 Animal Agresor: Serpiente () Arácnido () Otro ()
 Género: Especie: Confirmado: SI () NO ()
 Nombre común o popular:
 Características del animal agresor:

SIGNOS Y SÍNTOMAS

LOCALES.

Edema ()	Eritema ()	Equimosis ()
Dolor ()	Parestesia ()	Necrosis ()

SISTÉMICOS:

Sudoración ()	Fiebre ()	Sialorrea ()
Mialgia ()	Cefalea ()	Mareos ()
Vómitos ()	Dolor Abdominal ()	
Epistaxis ()	Gingivorragia ()	
Hematuria ()	Hematemesis ()	Melena ()
Hemoptisis ()	Hipotensión Arterial ()	
Hipertensión Arterial ()	Oliguria ()	Anuria ()
Fascies Neurotóxica ()	Perdida del Sensorio ()	

LABORATORIO: TIEMPO DE COAGULACIÓN

Normal ()
 Prolongado ()
 Incoagulable ()

Hemograma completo:
 Creatinina:

Orina completo:

TRATAMIENTO ESPECÍFICO:

Antibiótico polivalente INS ()
 Anticrotático monovalente INS ()
 Antilchésico monovalente INS ()
 Antiloxoscelico monovalente INS ()

OTRO () Especificar procedencia:
 DOSIS FRASCOS:

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO:

Analgésico ()
 Antitetánico ()
 Antibiótico ()
 Corticoides ()
 Transfusiones ()
 Otros ()

EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

Mejorado () Curado ()
 Fallecido () Fecha:/...../.....
 Abandono () Fecha:/...../.....

DÍAS DE ESTANCIA:

LIMITACIÓN FÍSICA: SI () NO ()
 PACIENTE TRANSFERIDO: SI () NO ()

ESTABLECIMIENTO:

OBSERVACION: