

CARA B | ACCIDENTE OFIDICO Cód. INS: 100

V.2006,1

RELACIÓN CON CARA A

A. NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE	B. TIPO DE ID.*	C. No. DE IDENTIFICACIÓN
* TIPO DE ID: 1 - NU : NUIP 2 - RC : REGISTRO CIVIL 3 - TI : TARJETA DE ID 4 - CC : CÉDULA CIUDADANÍA 5 - CE : CÉDULA EXTRANJERÍA 6 - PA : PASAPORTE 7 - MS : MENOR SIN ID 8 - AS : ADULTO SIN ID		

4. DATOS DEL ACCIDENTE

4.1. FECHA DEL ACCIDENTE DIA MES AÑO	4.2. NOMBRE DE LA VEREDA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE:		
4.3. ACTIVIDAD QUE REALIZABA EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE <input type="checkbox"/> 1 RECREACIÓN <input type="checkbox"/> 2 AGRICULTURA <input type="checkbox"/> 3 OFICIOS DOMESTICOS <input type="checkbox"/> 4 CAMINAR <input type="checkbox"/> 5 RECOLECCIÓN DESECHOS <input type="checkbox"/> 6 ACTIVIDAD ACUÁTICA <input type="checkbox"/> 7 OTRO ➔ CUAL			
4.4. TIPO DE ATENCIÓN INICIAL: <input type="checkbox"/> 1 INCISIÓN <input type="checkbox"/> 2 PUNCIÓN <input type="checkbox"/> 3 SANGRÍA <input type="checkbox"/> 4 TORNQUETE <input type="checkbox"/> 5 INMOVILIZACIÓN DEL ENFERMO (CAMILLA) <input type="checkbox"/> 6 INMOVILIZACIÓN DEL MIEMBRO LESIONADO <input type="checkbox"/> 7 OTRO ➔ CUAL			
4.5. ESTUVO SOMETIDO A PRACTICAS NO MEDICAS: <input type="checkbox"/> 1 PÓCIMAS <input type="checkbox"/> 2 REZOS <input type="checkbox"/> 3 EMPLASTOS DE HIERBAS <input type="checkbox"/> 4 NINGUNO <input type="checkbox"/> 5 OTRO ➔ CUAL			
4.6. LOCALIZACIÓN DE LA MORDEDURA <input type="checkbox"/> 1 CABEZA (CARA) <input type="checkbox"/> 2 BRAZO DERECHO <input type="checkbox"/> 3 BRAZO IZQUIERDO <input type="checkbox"/> 4 ANTEBRAZO DERECHO <input type="checkbox"/> 5 ANTEBRAZO IZQUIERDO <input type="checkbox"/> 6 MANO DERECHA <input type="checkbox"/> 7 MANO IZQUIERDA <input type="checkbox"/> 8 DEDOS DE LA MANO <input type="checkbox"/> 9 TORAX ANTERIOR <input type="checkbox"/> 10 TORAX POSTERIOR <input type="checkbox"/> 11 MUSLO DERECHO <input type="checkbox"/> 12 MUSLO IZQUIERDO <input type="checkbox"/> 13 PIERNA DERECHA <input type="checkbox"/> 14 PIERNA IZQUIERDA <input type="checkbox"/> 15 PIE DERECHO <input type="checkbox"/> 16 PIE IZQUIERDO <input type="checkbox"/> 17 DEDOS DEL PIE <input type="checkbox"/> 18 OTROS			
4.7. EVIDENCIA DE HUELLAS DE COLMILLOS: <input type="checkbox"/> 1 SÍ <input type="checkbox"/> 2 NO		4.8. SERPIENTE IDENTIFICADA: <input type="checkbox"/> 1 SÍ <input type="checkbox"/> 2 NO	
4.9. SERPIENTE CAPTURADA: <input type="checkbox"/> 1 SÍ <input type="checkbox"/> 2 NO			
4.10. AGENTE AGRESOR, IDENTIFICACIÓN GÉNERO: <input type="checkbox"/> 1 BOTHROPS <input type="checkbox"/> 2 CROTALUS <input type="checkbox"/> 3 MICRURUS <input type="checkbox"/> 4 LACHESIS <input type="checkbox"/> 5 SIN ID <input type="checkbox"/> 6 OTRO ➔ CUAL			
4.11. AGENTE AGRESOR, NOMBRE COMUN: <input type="checkbox"/> 1 MAPANA <input type="checkbox"/> 2 EQUIS <input type="checkbox"/> 3 CUATRO NARICES <input type="checkbox"/> 4 CABEZA DE CANDADO <input type="checkbox"/> 5 RABO DE CHUCHA <input type="checkbox"/> 6 VERRUGOSA O RIECA <input type="checkbox"/> 7 VIBORA DE PESTAÑA <input type="checkbox"/> 8 RABO DE AJÍ <input type="checkbox"/> 9 VENTICUATRO <input type="checkbox"/> 10 JERGON <input type="checkbox"/> 11 JARARACA <input type="checkbox"/> 12 CASCABEL <input type="checkbox"/> 13 CORAL <input type="checkbox"/> 14 BOCA DORADA <input type="checkbox"/> 15 OTRO			

5. CUADRO CLÍNICO

5.1. MANIFESTACIONES CLÍNICAS (MARQUE CON X LOS QUE SE PRESENTEN) <input type="checkbox"/> 1 EDEMA <input type="checkbox"/> 2 DOLOR <input type="checkbox"/> 3 ERITEMA <input type="checkbox"/> 4 FLICTENAS <input type="checkbox"/> 5 PARESTESIAS <input type="checkbox"/> 6 EQUÍMOSIS <input type="checkbox"/> 7 HEMATOMAS <input type="checkbox"/> 8 OTRO								5.2. ¿CUAL OTRO?
5.3. MANIFESTACIONES SISTÉMICAS <input type="checkbox"/> 1 NAUSEAS <input type="checkbox"/> 2 VOMITO <input type="checkbox"/> 3 SIALORREA <input type="checkbox"/> 4 DIARREA <input type="checkbox"/> 5 BRADICARDIA <input type="checkbox"/> 6 HIPOTENSIÓN <input type="checkbox"/> 7 DOLOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> 8 FASCIIS NEUROTOXICAS <input type="checkbox"/> 9 ALTERACIONES DE LA VISIÓN <input type="checkbox"/> 10 ALTERACION SENSORIO <input type="checkbox"/> 11 DEBILIDAD MUSCULAR <input type="checkbox"/> 12 OLIGURIA <input type="checkbox"/> 13 CIANOSIS <input type="checkbox"/> 14 OTROS SINTOMAS HEMORRAGICOS A DISTANCIA								
5.4. COMPLICACIONES LOCALES <input type="checkbox"/> 1 CELULITIS <input type="checkbox"/> 2 ABSCESO <input type="checkbox"/> 3 NECROSIS <input type="checkbox"/> 4 MIONECROSIS <input type="checkbox"/> 5 FASCEITIS <input type="checkbox"/> 6 OTRO ➔ CUAL								
5.5. COMPLICACIONES SISTÉMICAS <input type="checkbox"/> 1 ANEMIA AGUDA SEVERA <input type="checkbox"/> 2 SHOCK HIPOVOLÉMICO <input type="checkbox"/> 3 SHOCK SÉPTICO <input type="checkbox"/> 4 IRA <input type="checkbox"/> 5 CID <input type="checkbox"/> 6 OTRO ➔ CUAL								
5.6. SEVERIDAD DEL ACCIDENTE (Ver clasificación del Protocolo) <input type="checkbox"/> 1 LEVE <input type="checkbox"/> 2 MODERADO <input type="checkbox"/> 3 SEVERO								

6. EXAMEN DE LABORATORIO

6.1. FECHA DE TOMA	FECHA RECEPCIÓN	MUESTRA	PRUEBA	RESULTADO	FECHA RESULTADO:	RESULTADO: (Valor)
DIA MES AÑO	DIA MES AÑO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIA MES AÑO	
6.2. FECHA DE TOMA	FECHA RECEPCIÓN	MUESTRA	PRUEBA	RESULTADO	FECHA RESULTADO:	RESULTADO: (Valor)
DIA MES AÑO	DIA MES AÑO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIA MES AÑO	
6.3. FECHA DE TOMA	FECHA RECEPCIÓN	MUESTRA	PRUEBA	RESULTADO	FECHA RESULTADO:	RESULTADO: (Valor)
DIA MES AÑO	DIA MES AÑO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIA MES AÑO	
6.4. FECHA DE TOMA	FECHA RECEPCIÓN	MUESTRA	PRUEBA	RESULTADO	FECHA RESULTADO:	RESULTADO: (Valor)
DIA MES AÑO	DIA MES AÑO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIA MES AÑO	
MARQUE ASÍ: MUESTRA: 1 - SANGRE 2 - ORINA PRUEBA: 17 - PLAQUETAS 20 - CREATININA 22 - PT 23 - PTT 27 - BUN 28 - FIBRINOGENO RESULTADO: 1 - POSITIVO 2 - NEGATIVO 3 - SIN PROCESO 4 - INADECUADO 5 - DUDOSO 6 - VALOR REGISTRADO 9 - DESCONOCIDO						

7. ATENCIÓN HOSPITALARIA

A. TRATAMIENTO ESPECIFICO (SUERO ANTIOFIDICO)

7.1. ¿EMPLEO DE SUERO? <input type="checkbox"/> 1 SÍ <input type="checkbox"/> 2 NO	7.2. TIEMPO TRANSCURRIDO: Registre el número Días y/o Horas transcurridas entre la mordedura y la administración del suero. ➔ DIAS HORAS	7.3. TIPO DE SUERO ANTIOFIDICO: <input type="checkbox"/> 1 ANTIOFIDICO POLIVALENTE (BOTHROPICO, LACHESICO, CROTALICO). <input type="checkbox"/> 2 ANTIOFIDICO MONOVALENTE <input type="checkbox"/> 3 ANTL. CORAL <input type="checkbox"/> 4 OTRO
SI MARCO OTRO REGISTRE CUAL: ➔		7.4. DOSIS DE SUERO: (Ampollas) Registre el número ampollas suministradas al paciente en el espacio señalado. ➔ AMPOLLAS
7.5. TIEMPO ADMINISTRACIÓN SUERO: Registre el número Horas y/o Minutos que demoro la administración de suero antiofidico. ➔ HORAS MINUTOS		

B. OTROS TRATAMIENTOS MÉDICOS

7.6. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: <input type="checkbox"/> 1 SÍ <input type="checkbox"/> 2 NO	7.7. TIPO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: <input type="checkbox"/> 1 DRENAJE DE ABSCESO <input type="checkbox"/> 2 LIMPIEZA QUIRÚRGICA <input type="checkbox"/> 3 EXCERESIS DE TEJIDO NECRÓTICO <input type="checkbox"/> 4 FASCIOTOMIA <input type="checkbox"/> 5 INJERTO DE PIEL <input type="checkbox"/> 6 AMPUTACIÓN			
--	--	--	--	--