

ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

**CASO CONFIRMADO:** Paciente com evidências clínicas de envenenamento, específicas para cada tipo de animal, independentemente do animal causador do acidente ter sido identificado ou não.  
Não há necessidade de preenchimento da ficha para casos suspeitos.

DADOS GERAIS	1 Tipo de Notificação	2- Individual				
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3	Data da Notificação		
	<b>ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS</b>		X29			
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)			
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos primeiros sintomas		
	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano	11 Sexo	M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado		
	12 Gestante		13 Raça/Cor			
	1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena			
	14 Escolaridade			15		
	0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			16 Nome da mãe		
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
	PcD (pessoa com deficiência)		Pessoa em situação de rua	CPF do paciente	Nacionalidade	
	1- sim 2- não		1- sim 2- não			
Passaporte		Orientação sexual				
		1- Heterossexual 2- Homossexual 3- Bissexual 4- Pansexual 8- Não se aplica 9- Ignorado				
DADOS DE RESIDÊNCIA	17 UF	18 Município de Residência		19 DISTRITO		
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)	
	( )		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
	Unidade de Saúde de Referência					
	<b>ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS</b>					
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	31 Data da investigação		32 Ocupação		33 Data do acidente	
	34 UF	35 Município da ocorrência		Código (IBGE)	36 Localidade de Ocorrência do Acidente:	
	37 Zona de Ocorrência			38 Tempo Decorrido Picada/Atendimento		
	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			1) 0 - 1h 2) 1 - 3h 3) 3 - 6h 4) 6 - 12h 5) 12 - 24 h 6) 24 e + h 9)		
	39 Local da Picada					
01-Cabeça 02- Braço 03-Ante-Braço 04-Mão 05-Dedo da Mão 06-Tronco 07-Coxa 08-Perna 09-Pé 10-Dedo do Pé 99-Ignorado						
DADOS CLÍNICOS	40 Manifestações Locais		41 Se Manifestações Locais Sim, especificar			
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
			Dor Edema Equimose Necrose Outros (espec.)			
42 Manifestações Sistêmicas		43 Se Manifestações Sistêmicas Sim, especificar			44 Tempo de Coagulação	
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			1 - Normal 2 - Alterado 9 - Não realizado	
		Neuroparalíticas (ptosepalpebral, turvação visual) Miolíticas/hemolíticas (mialgia, anemia, urina escura)			Vagais (vômitos, diarreias) Outras (Espec.)	

DADOS DO ACIDENTE	<b>45</b> Tipo de Acidente <input type="checkbox"/> 1 - Serpente 2 - Aranha 3 - Escorpião 4 - Lagarta 5 - Abelha 6 - Outros 9 - Ignorado	<b>46</b> Serpente - Tipo de Acidente <input type="checkbox"/> 1 - Botrópico 2 - Crotálico 3 - Elapídico 4 - Laquético 5 - Serpente Não Peçonhenta 9 - Ignorado	
	<b>47</b> Aranha - Tipo de Acidente <input type="checkbox"/> 1 - Foneutrismo 2 - Loxoscelismo 3 - Latrodectismo 4 - Outra Aranha 9 - Ignorado	<b>48</b> Lagarta - Tipo de Acidente <input type="checkbox"/> 1 - Lonomia 2 - Outra lagarta 9 - Ignorado	
TRATAMENTOS	<b>49</b> Classificação do Caso <input type="checkbox"/> 1 - Leve 2 - Moderado 3 - Grave 9 - Ignorado		
	<b>50</b> Soroterapia <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	<b>51</b> Se Soroterapia Sim, especificar número de ampolas de soro:		
	Antibotrópico (SAB) <input type="text"/>	Anticrotálico (SAC) <input type="text"/>	Antiaracnídico (SAAr) <input type="text"/>
	Antibotrópico-laquético (SABL) <input type="text"/>	Antielapídico (SAE) <input type="text"/>	Antiloxoscélico (SALox) <input type="text"/>
Antilbotrópico-crotálico (SABC) <input type="text"/>	Antiescorpiônico (SAEs) <input type="text"/>	Antilonômico (SALon) <input type="text"/>	
<b>52</b> Complicações Locais <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<b>53</b> Se Complicações Locais Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Infecção Secundária <input type="checkbox"/> Necrose Extensa <input type="checkbox"/> Síndrome Compartimental <input type="checkbox"/> Déficit Funcional <input type="checkbox"/> Amputação	
<b>54</b> Complicações Sistêmicas <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<b>55</b> Se Complicações Sistêmicas Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Insuficiência Respiratória / Edema Pulmonar Agudo <input type="checkbox"/> Septicemia <input type="checkbox"/> Choque	
<b>56</b> Acidente Relacionado ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<b>57</b> Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito por acidentes por animais peçonhentos 3-Óbito por outras causas 9-Ignorado	
<b>58</b> Data do Óbito <input type="text"/>		<b>59</b> Data do Encerramento <input type="text"/>	
CONCLUSÃO	<b>Observações:</b>		
INVESTIGADOR	Município/Unidade de Saúde		
	Cód. da Unid. de Saúde		
	Nome	Função	Assinatura