

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						
	ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS		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	1-1-Hora 2-2-Dia 3-3-Mês 4-4-Ano	11 Sexo	M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante	1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado			
	13 Raça/Cor			1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena					
	14 Escolaridade			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		13 Etnia	1- Tupiniquim 2- Guarani 9- Ignorado		
	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									
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS									
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				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Neuroparalíticas (ptosepalpebral, turvação visual) Hemorrágicas (gengivorragia, outros sangramentos) Vagais (vômitos, diarreias) Miolíticas/hemolíticas (mialgia, anemia, urina escura) Renais (oligúria/anúria) Outras (Espec.)				44 Tempo de Coagulação			
						1 - Normal 2 - Alterado 9 - Não realizado			

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