

ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

DADOS GERAIS

1 Tipo de Notificação 2- Individual			
2 Agravado/doença ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS		3 Data da Notificação	
4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

10 Idade 1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - 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 9- Ignorado
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			Etnia 1- Tupiniquim 2- Guarani 9- ignorado
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
PcD (pessoa com deficiência) 1- sim 2- não	Pessoa em situação de rua 1- sim 2- não	CPF do paciente	Nacionalidade
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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)
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 doAcidente:
37 Zona de Ocorrência 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		38 Tempo Decorrido Picada/Atendimento 1) 0- 1h 2) 1 - 3h 3) 3- 6h 4) 6 - 12h 5) 12- 24 h 6) 24 e + h 9) Ignorado	
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 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		41 Se Manifestações Locais Sim, especificar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> equimose <input type="checkbox"/> Necrose <input type="checkbox"/> Outros (espec.)	
42 Manifestações Sistêmicas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		43 Se Manifestações Sistêmicas Sim, especificar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Neuroparalíticas (ptose palpebral, turvação visual) <input type="checkbox"/> Hemorrágicas (gengivorragia, outros sangramentos) <input type="checkbox"/> Vagais (vômitos, diarréias) <input type="checkbox"/> Miolíticas/hemolíticas (mialgia, anemia, urina escura) <input type="checkbox"/> Renais (oligúria/anúria) <input type="checkbox"/> 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: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Antibotrópico (SAB) <input type="text"/></td> <td style="border: none;">Anticrotálico (SAC) <input type="text"/></td> <td style="border: none;">Antiaracnídico (SAAr) <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Antibotrópico-laquético (SABL) <input type="text"/></td> <td style="border: none;">Antielapídico (SAE) <input type="text"/></td> <td style="border: none;">Antiloxoscélico (SALox) <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Antibotrópico-crotálico (SABC) <input type="text"/></td> <td style="border: none;">Antiescorpiônico (SAEs) <input type="text"/></td> <td style="border: none;">Antilonômico (SALon) <input type="text"/></td> </tr> </table>		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"/>	Antibotrópico-crotálico (SABC) <input type="text"/>	Antiescorpiônico (SAEs) <input type="text"/>	Antilonômico (SALon) <input type="text"/>
	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"/>									
Antibotrópico-crotálico (SABC) <input type="text"/>	Antiescorpiônico (SAEs) <input type="text"/>	Antilonômico (SALon) <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: <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>										
	Município/Unidade de Saúde										
	Cód. da Unid. de Saúde										
	Nome	Função	Assinatura								
	Assinatura										
	Assinatura										
INVESTIGADOR	Assinatura										
	Assinatura										