



**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.**

|  |  |                              |                |                                 |                         |
|--|--|------------------------------|----------------|---------------------------------|-------------------------|
| <b>DADOS GERAIS</b>                                | 1 - TIPO DE NOTIFICAÇÃO                  |                              | 2 - INDIVIDUAL |                                 |                         |
|  | 2 - AGRAVO / DOENÇA                      |                              |                | CÓDIGO (CID 10)                 | 3 - DATA DA NOTIFICAÇÃO |
|  | <b>ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS</b> |                              |                | <b>X 29</b>                     |                         |
|  | 4 - UF                                   | 5 - MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO |                | CÓDIGO (IBGE)                   |                         |
| 6 - UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA) |  |                              | CÓDIGO         | 7 - DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS |                         |

|   |  |  |  |  |                                     |
|---|--|--|--|--|-------------------------------------|
| <b>NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL</b>                                   | 8 - NOME DO PACIENTE                     |  |  |  | 9 - DATA DE NASCIMENTO              |
|   | 10 - (OU) <input type="checkbox"/> IDADE | 11 - SEXO <input type="checkbox"/>                     | 12 - GESTANTE <input type="checkbox"/> | 13 - RAÇA / COR <input type="checkbox"/> |                                     |
|   | 1 - HORA 3 - MÊS                         | M - MASCULINO  | 1 - 1º TRIMESTRE                       | 5 - NÃO                                  | 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA    |
|   | 2 - DIA 4 - ANO                          | F - FEMININO   | 2 - 2º TRIMESTRE                       | 6 - NÃO SE APLICA                        | 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO |
| 14 - ESCOLARIDADE   |  | 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA                         |  |  | <input type="checkbox"/>            |
| 0 - ANALFABETO  |  | 6 - ENSINO MÉDIO COMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU) |  |  |                                     |
| 1 - 1ª A 4ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU) |  | 7 - EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA                       |  |  |                                     |
| 2 - 4ª SÉRIE COMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU)        |  | 8 - EDUCAÇÃO SUPERIOR COMPLETA                         |  |  |                                     |
| 3 - 5ª A 8ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU)  |  | 9 - IGNORADO   |  |  |                                     |
| 4 - ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU)     |  | 10 - NÃO SE APLICA                                     |  |  |                                     |
| 5 - ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU)        |  |  |  |  |                                     |
| 15 - NÚMERO DO CARTÃO SUS                                       |  |  | 16 - NOME DA MÃE                       |  |                                     |

|  |                                       |   |                          |                  |
|--|---------------------------------------|---|--------------------------|------------------|
| <b>DADOS DE RESIDÊNCIA</b>                       | 17 - UF                               | 18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA            | CÓDIGO (IBGE)            | 19 - DISTRITO    |
|  | 20 - BAIRRO                           |   |                          | CÓDIGO           |
|  | 21 - LOGRADOURO (RUA, AV., PÇA, ETC.) |   | 22 - NÚMERO              | 23 - COMPLEMENTO |
|  | 24 - GEO CAMPO 1                      | 25 - GEO CAMPO 2                        | 26 - PONTO DE REFERÊNCIA |                  |
|  | 27 - CEP                              |   | 28 - (DDD) TELEFONE      |                  |
| 29 - ZONA <input type="checkbox"/>               |                                       | 30 - PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL) |                          |                  |
| 1 - URBANA 2 - RURAL 3 - PERIURBANA 9 - IGNORADO |                                       |   |                          |                  |

**DADOS COMPLEMENTARES DO CASO**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS</b>                        | 31 - DATA DA INVESTIGAÇÃO  | 32 - OCUPAÇÃO  | 33 - DATA DO ACIDENTE                            |
|  | 34 - UF  | 35 - MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA DO ACIDENTE   | CÓDIGO (IBGE)                                    |
|  | 36 - LOCALIDADE DE OCORRÊNCIA DO ACIDENTE                          |  | 37 - ZONA DE OCORRÊNCIA <input type="checkbox"/> |
|  | 38 - TEMPO DECORRIDO PICADA / ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> |  |  |
| 1 - URBANA 2 - RURAL 3 - PERIURBANA 9 - IGNORADO           |  | 1) 0   - 1H 2) 1   - 3H 3) 3   - 6H 4) 6   - 12H 5) 12   - 24H 6) 24 E + H 9) IGNORADO |  |
| 39 - LOCAL DA PICADA <input type="checkbox"/>              |  | 01 - CABEÇA 02 - BRAÇO 03 - ANTEBRAÇO 04 - MÃO 05 - DEDO DA MÃO 06 - TRONCO            |  |
| 07 - COXA 08 - PERNA 09 - PÉ 10 - DEDO DO PÉ 99 - IGNORADO |  |  |  |

|                       |  |   |  |  |
|-----------------------|--|---|--|--|
| <b>DADOS CLÍNICOS</b> | 40 - MANIFESTAÇÕES LOCAIS                              |   | 41 - SE MANIFESTAÇÕES LOCAIS SIM, ESPECIFICAR 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO   |  |
|                       | 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"/> OUTRAS. ESPECIFICAR: |  |
|                       | 42 - MANIFESTAÇÕES SISTÊMICAS <input type="checkbox"/> |   | 43 - SE MANIFESTAÇÕES SISTÊMICAS SIM, ESPECIFICAR 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO   |  |
| 1 - SIM               |  | <input type="checkbox"/> NEUROPARALÍTICAS (PTOSE PÁLPEBRA, TURVAÇÃO VISUAL)       |  |  |
| 2 - NÃO               |  | <input type="checkbox"/> HEMORRÁGICAS (GENGIVORRAGIA, OUTROS SANGRAMENTOS)        |  |  |
| 9 - IGNORADO          |  | <input type="checkbox"/> MIOLÍTICAS / HEMOLÍTICAS (MIALGIA, ANEMIA, URINA ESCURA) |  |  |
|                       |  | <input type="checkbox"/> RENAIIS (OLIGÚRIA / ANÚRIA)                              |  |  |
|                       |  | <input type="checkbox"/> VAGAIIS (VÔMITO, DIARREIA)                               |  |  |
|                       |  | <input type="checkbox"/> OUTRAS:  |  |  |
|                       |  | 44 - TEMPO COAGULAÇÃO <input type="checkbox"/>                                    |  |  |
|                       |  | 1 - NORMAL  |  |  |
|                       |  | 2 - ALTERADO  |  |  |
|                       |  | 9 - NÃO REALIZADO   |  |  |

|   |  |                  |               |  |   |                                  |   |  |
|---|--|------------------|---------------|--|---|----------------------------------|---|--|
| <b>DADOS DO ACIDENTE</b>                                | 45 - TIPO DE ACIDENTE <input type="checkbox"/> |                  |               |  | 46 - SERPENTE - TIPO DE ACIDENTE <input type="checkbox"/> |                                  |   |  |
|   | 01 - SERPENTE                                  |                  | 02 - ARANHA   |  | 03 - ESCORPIÃO  |                                  | 04 - LAGARTA  |  |
|   | 05 - ABELHA                                    |                  | 06 - OUTROS:  |  | 09 - IGNORADO   |                                  | 01 - BOTRÓPICO 02 - CROTÁLICO 03 - ELAPÍDICO 04 - LAQUÉTICO |  |
|   | 05 - SERPENTE NÃO PEÇONHENTA                   |                  | 09 - IGNORADO |  |   |                                  |   |  |
| 47 - ARANHA - TIPO DE ACIDENTE <input type="checkbox"/> |  |                  |               | 48 - LAGARTA - TIPO DE ACIDENTE <input type="checkbox"/> |   |                                  |   |  |
| 01 - FONEUTRISMO  |  | 02 - LOXOCELISMO |               | 03 - LATRODECTISMO                                       |   |                                  |   |  |
| 05 - OUTRA ARANHA                                       |  | 09 - IGNORADO    |               | 01 - LONOMIA   |   | 02 - OUTRA LAGARTA 09 - IGNORADO |   |  |

|   |   |  |  |                           |
|---|---|--|--|---------------------------|
| <b>TRATAMENTO</b>                                     | 49 – CLASSIFICAÇÃO DO CASO <input type="checkbox"/>   | 50 – SOROTERAPIA <input type="checkbox"/>  |  |                           |
|   | 1 – LEVE 2 – MODERADO 3 – GRAVE 9 - IGNORADO  | 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"/>   | 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"/>     | 53 – SE COMPLICAÇÕES LOCAIS SIM, ESPECIFICAR <input type="checkbox"/>   | 1 – SIM 2 – NÃO 9 - IGNORADO   |  |                           |
| 1 – SIM   | <input type="checkbox"/> INFECÇÃO SECUNDÁRIA <input type="checkbox"/> NECROSE EXTENSA <input type="checkbox"/> SÍNDROME COMPARTIMENTAL                                |  |  |                           |
| 2 – NÃO   | <input type="checkbox"/> DÉFICIT FUNCIONAL <input type="checkbox"/> AMPUTAÇÃO   |  |  |                           |
| 9 - IGNORADO  |   |  |  |                           |
| 54 – COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS <input type="checkbox"/> | 55 – SE COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS SIM, ESPECIFICAR <input type="checkbox"/>   | 1 – SIM 2 – NÃO 9 - IGNORADO   |  |                           |
| 1 – SIM   | <input type="checkbox"/> INSUFICIÊNCIA RENAL <input type="checkbox"/> INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/ <input type="checkbox"/> SEPTICEMIA <input type="checkbox"/> CHOQUE |  |  |                           |
| 2 – NÃO   | EDEMA PULMONAR AGUDO  |  |  |                           |
| 9 - IGNORADO  |   |  |  |                           |
| <b>CONCLUSÃO</b>                                      | 56 – ACIDENTES RELACIONADOS AO TRABALHO <input type="checkbox"/>  | 57 – EVOLUÇÃO DO CASO <input type="checkbox"/>   | 58 – DATA DO ÓBITO                         | 59 – DATA DO ENCERRAMENTO |
|   | 1 – SIM<br>2 – NÃO<br>9 - IGNORADO  | 1 – CURA 3 – ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS<br>2 – ÓBITO POR ACIDENTE ANIMAIS PEÇONHENTOS<br>9 – IGNORADO |  |                           |

**ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS, CLASSIFICAÇÃO E SOROTERAPIA**

| TIPO  |  | MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS  | TIPO SORO                             | Nº AMPOLAS         |
|---|--|---|---------------------------------------|--------------------|
| <b>OFIDISMO</b>   | <b>BOTRÓPICO</b><br>JARARACA<br>JARARACUÇU<br>URUTU<br>CAIÇACA | LEVE: DOR, EDEMA LOCAL E EQUIMOSE DISCRETO  | SAB                                   | 2 – 4              |
|   |  | MODERADO: DOR, EDEMA E EQUIMOSE EVIDENTES, MANIFESTAÇÕES HEMORRÁGICAS DISCRETAS   |                                       | 4 – 8              |
|   |  | GRAVE: DOR E EDEMA INTENSO E EXTENSO, BOLHAS, HEMORRAGIA INTENSA, OLIGOANÚRIA, HIPOTENSÃO   |                                       | 12                 |
|   | <b>CROTÁLICO</b><br>CASCAVEL BOICININGA                        | LEVE: PTOSE PALPEBRAL, TURVAÇÃO VISUAL DISCRETOS DE APARECIMENTO TARDIO, SEM ALTERAÇÃO DA COR DA URINA, MIALGIA DISCRETA OU AUSENTE | SAC                                   | 5                  |
|   |  | MODERADO: PTOSE PALPEBRAL, TURVAÇÃO VISUAL DISCRETOS DE INÍCIO PRECOCE, MIALGIA DISCRETA, URINA ESCURA                              |                                       | 10                 |
|   |  | GRAVE: PTOSE PALPEBRAL, TURVAÇÃO VISUAL EVIDENTES E INTENSOS, MIALGIA INTENSA E GENERALIZADA, URINA ESCURA, OLIGÚRIA OU ANÚRIA      |                                       | 20                 |
|   | <b>LAQUÉTICO</b><br>SURUCUCU<br>PICO-DE-JACA                   | MODERADO: DOR, EDEMA, BOLHAS, HEMORRAGIA DISCRETA   | SABL                                  | 10                 |
|   |  | GRAVE: DOR, EDEMA, BOLHAS, HEMORRAGIA, CÓLICAS ABDOMINAIS, DIARREIA, BRADICARDIA, HIPOTENSÃO ARTERIAL                               |                                       | 20                 |
|   | <b>ELAPÍDICO</b><br>CORAL VERDADEIRA                           | GRAVE: DOR OU PARESTESIA DISCRETA, PTOSE PALPEBRAL, TURVAÇÃO VISUAL   | SAEL                                  | 10                 |
|   | <b>ESCORPIANISMO</b>   | <b>ESCORPIÔNICO</b><br>ESCORPIÃO  | LEVE: DOR, ERITEMA E PARESTESIA LOCAL | SAESC<br>OU<br>SAA |
| MODERADO: SUDORESE, NÁUSEAS, VÔMITOS OCASIONAIS, TAQUICARDIA, AGITAÇÃO E HIPERTENSÃO ARTERIAL LEVE                |  |   | 2 – 3                                 |                    |
| GRAVE: VÔMITOS PROFUSOS E INCOERCÍVEIS, SUDORESE PROFUSA, PROSTRAÇÃO, BRADICARDIA, EDEMA PULMONAR AGUDO E CHOQUE. |  |   | 4 – 6                                 |                    |
| <b>ARANEISMO</b>  | <b>LOXOSCÉLICO</b><br>ARANHA-MARROM                            | LEVE: LESÃO INCARACTERÍSTICA SEM ARANHA IDENTIFICADA  | SAA<br>OU<br>SALOX                    | ----               |
|   |  | MODERADO: LESÃO SUGESTIVA COM EQUIMOSE, PALIDEZ, ERITEMA E EDEMA ENDURADO LOCAL, CEFALÉIA, FEBRE, EXANTEMA                          |                                       | 5                  |
|   |  | GRAVE: LESÃO CARACTERÍSTICA, HEMÓLISE INTRAVASCULAR   |                                       | 10                 |
|   | <b>FONEUTRISMO</b><br>ARANHA-ARMADEIRA<br>ARANHA-DA-BANANA     | LEVE: DOR LOCAL   | SAA                                   | ----               |
| MODERADO: SUDORESE OCASIONAL, VÔMITOS OCASIONAIS, AGITAÇÃO, HIPERTENSÃO ARTERIAL.                                 | 2 – 4  |   |                                       |                    |
| GRAVE: SUDORESE PROFUSA, VÔMITOS FREQUENTES, PRIAPISMO, EDEMA PULMONAR AGUDO, HIPOTENSÃO ARTERIAL                 | 5 – 10   |   |                                       |                    |
| <b>LONOMIA</b>  | TATURANA<br>ORUGA  | LEVE: DOR, ERITEMA, ADENOMEGALIA REGIONAL, COAGULAÇÃO NORMAL, SEM HEMORRAGIA  | SALON                                 | ----               |
|   |  | MODERADO: ALTERAÇÃO NA COAGULAÇÃO, HEMORRAGIA EM PELE E/OU MUCOSAS.   |                                       | 5                  |
|   |  | GRAVE: ALTERAÇÃO NA COAGULAÇÃO, HEMORRAGIA EM VÍSCERAS, INSUFICIÊNCIA RENAL   |                                       | 10                 |

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES**

ANOTAR TODAS AS INFORMAÇÕES CONSIDERADAS IMPORTANTES E QUE NÃO ESTÃO NA FICHA (EX.: OUTROS DADOS CLÍNICOS, DADOS LABORATORIAIS, LAUDOS DE OUTROS EXAMES E NECROPSIA, ETC.).

|                     |                              |                          |            |
|---------------------|------------------------------|--------------------------|------------|
| <b>INVESTIGADOR</b> | MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE | CÓD. DA UNIDADE DE SAÚDE |            |
|                     | NOME                         | FUNÇÃO                   | ASSINATURA |