



**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) IDADE	11 - SEXO	12 - GESTANTE	13 - RAÇA / COR	
	1 - HORA 3 - MÊS	M - MASCULINO	1 - 1º TRIMESTRE	1 - BRANCA	2 - PRETA 3 - AMARELA
	2 - DIA 4 - ANO	F - FEMININO	2 - 2º TRIMESTRE	4 - PARDA	5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO
14 - ESCOLARIDADE			15 - NÚMERO DO CARTÃO SUS		
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)			16 - NOME DA MÃE		

<b>DADOS DE RESIDÊNCIA</b>	17 - UF	18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓDIGO (IBGE)	19 - DISTRITO		
	20 - ENDEREÇO (RUA, AV., PÇA, ETC.)				CÓDIGO	
	21 - NÚMERO	22 - COMPLEMENTO	23 - BAIRRO			
	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			

**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			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   - 24H 6) 24 E + H 9) IGNORADO			
39 - LOCAL DA PICADA		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		43 - SE MANIFESTAÇÕES SISTÊMICAS SIM, ESPECIFICAR 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO			44 - TEMPO COAGULAÇÃO	
1 - SIM		<input type="checkbox"/> NEUROPARALÍTICAS (PTOSE PÁLPEBRA, TURVAÇÃO VISUAL)	<input type="checkbox"/> HEMORRÁGICAS (GENGIVORRAGIA, OUTROS SANGRAMENTOS)	<input type="checkbox"/> VAGAIS (VÔMITO, DIARREIA)	1 - NORMAL		
2 - NÃO		<input type="checkbox"/> MIOLÍTICAS / HEMOLÍTICAS (MIALGIA, ANEMIA, URINA ESCURA)	<input type="checkbox"/> RENAI (OLIGÚRIA / ANÚRIA)	<input type="checkbox"/> OUTRAS:	2 - ALTERADO		
9 - IGNORADO					9 - NÃO REALIZADO		

<b>DADOS DO ACIDENTE</b>	45 - TIPO DE ACIDENTE				46 - SERPENTE - TIPO DE ACIDENTE			
	01 - SERPENTE	02 - ARANHA	03 - ESCORPIÃO	04 - LAGARTA	01 - BOTRÓPICO	02 - CROTÁLICO	03 - ELAPÍDICO	04 - LAQUÉTICO
	05 - ABELHA	06 - OUTROS:		09 - IGNORADO	05 - SERPENTE NÃO PEÇONHENTA 09 - IGNORADO			
	47 - ARANHA - TIPO DE ACIDENTE				48 - LAGARTA - TIPO DE ACIDENTE			
01 - FONEUTRISMO 02 - LOXOCELISMO 03 - LATRODECTISMO				01 - LONOMIA 02 - OUTRA LAGARTA 09 - IGNORADO				
05 - OUTRA ARANHA 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	
	ANTIBITRÓPICO (SAB) <input type="text"/>	ANTICROTÁLICO (SAC) <input type="text"/>
ANTIBITRÓPICO - LAQUÉTICO (SABL) <input type="text"/>	ANTIELAPÍDICO (SAE) <input type="text"/>	ANTILOXOSCÉLICO (SALOX) <input type="text"/>
ANTIBITRÓPICO - 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 2 – NÃO 9 - IGNORADO	1 – CURA 3 – ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS 2 – ÓBITO POR ACIDENTE ANIMAIS PEÇONHENTOS 9 – IGNORADO		

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

	TIPO	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	TIPO SORO	Nº AMPOLAS
<b>OFIDISMO</b>	<b>BOTRÓPICO</b> JARARACA JARARACUÇU URUTU 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> 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> SURUCUCU 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> CORAL VERDADEIRA	GRAVE: DOR OU PARESTESIA DISCRETA, PTOSE PALPEBRAL, TURVAÇÃO VISUAL	SAEL	10
	<b>ESCORPIANISMO</b>	<b>ESCORPIÔNICO</b> ESCORPIÃO	LEVE: DOR, ERITEMA E PARESTESIA LOCAL	SAESC OU 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> ARANHA-MARROM	LEVE: LESÃO INCARACTERÍSTICA SEM ARANHA IDENTIFICADA	SAA OU 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> ARANHA-ARMADEIRA 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 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
	DATA	FUNÇÃO	ASSINATURA