



GOBIERNO REGIONAL DE  
LIMADIRESA - LIMA



OFIDISMO  
(CIE - 10: X20)  
FICHA CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA



Código  Fecha de notificación al nivel inmediato superior \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de investigación del caso \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**I. DATOS GENERALES**

DISA \_\_\_\_\_ RED \_\_\_\_\_ Nombre del establecimiento \_\_\_\_\_  
Captación del caso: Pasiva ( ) Activa ( )

**II. DATOS DEL PACIENTE**

Apellidos Paterno: \_\_\_\_\_ Apellidos materno: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Años [ ] M [ ] F [ ]

Meses [ ] Si es menor de 1 año anotar mesesDías

[ ] Si es menor de 1 mes anotar días

Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

**Domicilio actual:**

Departamento \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Distrito \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )

Zona: \_\_\_\_\_

(especificar nombre)

Vía \_\_\_\_\_

(especificar nombre)

Nombre/km/mz \_\_\_\_\_

Int/Dep/Lote \_\_\_\_\_

**Para los residentes en otros países:**

País de origen: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso al país \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS**

**Datos del animal agresor:**

Serpiente:

Género \_\_\_\_\_ Especie \_\_\_\_\_

Nombre común \_\_\_\_\_

**Lesión:**

Localización: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora de producida la mordedura: \_\_\_\_\_

**IV. CUADRO CLÍNICO Y MANEJO (Marque con una "X" los síntomas que presenta)**

**Síntomas y Signos** Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Locales**

Edema ( ) Eritema ( ) Equimosis ( )

Dolor ( ) Parestesia ( ) Necrosis ( )

**Sistémicos**

Sudoración ( ) Sialorrea ( ) Mialgia ( )

Cefalea ( ) Mareos ( ) Vómitos ( )

Hipotensión arterial ( ) Anuria ( ) Fascies neurotóxica ( ) Dolor

abdominal ( ) Epistaxis ( ) Gingivorragia ( )

Hematuria ( ) Oliguria ( ) Hipertensión arterial ( )

**HOSPITALIZADO** SI ☐ NO ☐

**AMBULATORIO** SI ☐ NO ☐

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_ H.CL. \_\_\_\_\_

Tiempo de enfermedad al momento de hospitalización \_\_\_\_\_ (en días)

Tiempo en ser trasladado al hospital desde su domicilio \_\_\_\_\_ Horas

Minutos

Diagnóstico de ingreso: 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

\* Código de zona: (1) Urbanización, (2) Villa, (3) cooperativa, (4) Proy Municipal vivienda, (5) PPJJ/AAHH, (6) Otro

- Vía: (1) Avenida, (2) Calle, (3) Pasaje, (4) Jirón, (5) Otro.

**Evolución:**

Condición de egreso

Alta/Recuperado ☐ Fallecido ☐ Incapacidad física ☐

Diagnóstico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**V. LABORATORIO**

Fecha de toma de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de envío al laboratorio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre Laboratorio \_\_\_\_\_

PRUEBAS	RESULTADOS
Tiempo de coagulación	
Hemograma	
Creatinina	
Orina Completo	

**VI. TRATAMIENTO**Antibotrópico polivalente INS ☐ Antibotrópico bivalente INS ☐Antilachésico INS ☐ Antiloxocélico INS ☐

Otro \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_ Frascos \_\_\_\_\_

**VII. OBSERVACIONES:**

Nombre de la persona que investiga el caso: \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_