



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 meses

[ ] 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.C.L.

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**Antibiotrópico polivalente INS  Antibiotrópico bivalente INS Antilachésico INS  Antiloxocélico INS 

Otro \_\_\_\_\_

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

**VII. OBSERVACIONES:**

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

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