



ROTEIRO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS EM ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

ATENÇÃO: TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO **OBRIGATÓRIO**, SENDO O PREENCHIMENTO DE
RESPONSABILIDADE APENAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Dados iniciais da investigação

Ano: _____ N° da Notificação: _____

Responsável pela Investigação: _____ Telefone: _____

Data do início da Investigação: ___/___/___

Unidade de Saúde da última internação ou óbito: _____

Município desta unidade de saúde: _____

Dados do paciente

Nome completo: _____

Nome da mãe: _____

Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____

Endereço de residência: _____

Bairro: _____ Telefones: _____

Município de residência: _____ UF: _____

Escolaridade (anos): () Nenhuma () 1 a 3 () 4 a 7 () 8 a 11 () 12 e mais

Ocupação: _____

História do caso

Data do acidente: ___/___/___ Município de ocorrência: _____

Data do início dos sinais/sintomas: ___/___/___ Ficou em UTI: () SIM () NÃO

Identifique o(s) serviço(s) onde o paciente foi atendido:

1° Atendimento: _____	Município: _____	Data: ___/___/___
2° Atendimento: _____	Município: _____	Data: ___/___/___
3° Atendimento: _____	Município: _____	Data: ___/___/___
4° Atendimento: _____	Município: _____	Data: ___/___/___

Tempo total de internação: _____ dias Data do óbito: ___/___/___

Qual(is) a(s) suspeita(s) clínica(s) no primeiro atendimento: _____

Quanto tempo entre o acidente e uso do soro específico (ver prescrição horário da administração): _____

Quantas ampolas, e tipos de soros Heterólogos utilizados: _____

Tempo de infusão do soro heterólogo: _____

Foi feita diluição? () Sim () Não Em quantos ml de soro _____

Qual o tipo de soro utilizado para diluição: _____

Foi feita mudança do diagnóstico inicial? Se afirmativo, quanto tempo depois? _____

Houve alguma reação ao soro? caso afirmativo especifique: _____



Sinais e Sintomas - Assinale: (1)SIM (2)NÃO ou (9)ignorado*

* Atenção: o uso da opção "9" implicará APENAS que (a) não houve dados no prontuário ou (b) nem o médico nem a família souberam informar.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> () Dor Local (horário de início: __: __h de __/__/__) () Eritema Localizado () Edema Localizado () Bolhas e Flictemas Localizados () Necrose Localizada () Sudorese Localizada () Presença de um ponto de inoculação () Presença de dois pontos de inoculação (distância entre pontos: __cm) () Exantema (manchas rosadas ou avermelhadas na pele) () Irritabilidade () Cefaleia () Dor muscular (grandes grupos musculares) () Dificuldade de deglutição () Sinais neurológicos (convulsão, mioclonias) () Paralisia de musculatura da face (facies neurotóxica) () Espasmos musculares () Urina escura (colúria e/ou mioglobínúria) () Redução do volume urinário () Edema generalizado () Sonolência e/ou Rebaixamento do nível de consciência | <ul style="list-style-type: none"> () Derrame Pleural () Edema agudo de pulmão () Dor abdominal () Diarreia () Vômitos () Sialorreia () Dispneia ou dificuldade respiratória () Insuficiência respiratória (necessidade de TOT/VNI) () Fotofobia (hipersensibilidade à luz) () Diplopia (visão dupla) () Visão borrada () Epistaxe (sangramento nasal) e/ou Sangramento em gengivas () Petéquias ou equimoses pequenas () Equimoses extensas () Hematúria (sangue na urina) () Sangramento gastrointestinal (vômitos ou fezes com sangue) () Outras manifestações hemorrágicas: (_____) () Icterícia () Choque (horário de início: __: __h de __/__/__) () Reação anafilactóide/anafilática |
|---|--|

Observações:

Doenças prévias, comorbidades e uso de medicação – Assinale: (1)SIM ou (2)NÃO

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> () Miopatia () Doença Renal () Diabetes () Cardiopatias () Doença Hematológica () Imunodeprimido () Outras doenças prévias, comorbidades ou situações incomuns ou de risco (<i>Especificar:</i> _____) | <ul style="list-style-type: none"> () Etilista crônico () Doenças pulmonares () Soroterapia Heteróloga prévia (<i>Especificar tipo e data:</i> _____) () Histórico de reações anafilactóides/anafiláticas () Alergias conhecidas (<i>Especificar:</i> _____) | <p>Em caso de gestante:</p> <ul style="list-style-type: none"> () Houve aborto. () Houve sofrimento fetal (<i>Especificar sintomas:</i> _____) |
|---|--|---|

Sumário do caso - Sinais e sintomas iniciais



Sumário do caso – Evolução Clínica

Informações epidemiológicas - Assinale: (1)SIM (2)NÃO ou (9)ignorado*

* Atenção: o uso da opção "9" implicará APENAS que (a) não houve dados no prontuário ou (b) nem o médico nem a família souberam informar.

- O paciente sofreu o acidente dentro do domicílio?
- O paciente sofreu o acidente no peridomicílio?
- O paciente sofreu o acidente em local público (ruas, edificações ou praças)?
- O paciente sofreu o acidente em zona rural?
- Próximo ao local do acidente havia entulho/lixo acumulado?
- Sinais de picadas pelo corpo?
- Vegetação da região do acidente predominante de cerrado?
- Vegetação da região do acidente predominante de floresta tropical ou ribeirinha?
- Soroterapia antirrábica ou antitetânica recente? (especificar data da aplicação: _____)
- O acidente aconteceu durante o período de trabalho ou no trajeto do mesmo?
- O acidentado usava EPI? Especifique: _____
- O acidente aconteceu com vários animais? (especificar tipo e quantidade: _____)
- O acidentado já sofreu acidente prévio com o mesmo tipo de animal?
- O acidentado já havia apresentado sinais de hipersensibilidade em picada prévia pelo animal causador do (provável) acidente?
- O acidentado já sofreu acidente prévio com outro tipo de animal peçonhento?
- O acidentado tem contato frequente com equinos?
- O acidentado tem passado de trauma ou cirurgia?



Principais hipóteses diagnósticas registradas nos prontuários e fichas de pronto atendimento

1.	4.
2.	5.
3.	6.

Avaliação complementar, suporte e conclusão:

Exames e contatos:

Foi colhido material para exame durante internação? () SIM () NÃO Especificar: _____

Foi solicitado auxílio por telefone ao CIT ou outra instituição? () SIM () NÃO Especificar: _____

Em caso de ocorrência de óbito, informe:

O caso foi encaminhado para necrópsia (causa externa): () SIM () NÃO

Foi realizada coleta de amostras *post mortem*? () SIM () NÃO

Qual material? (1) sangue para hemocultura (2) soro (3) líquido (4) vísceras (5) outro(s) – *especifique*: _____

Nº da Declaração de Óbito (D.O.):

Causa Básica – Declaração de Óbito (Anotar os diagnósticos da D.O. na ordem escrita na declaração)

- | | |
|----|-------------------------------------|
| a. | devido a ou como consequência de... |
| b. | devido a ou como consequência de... |
| c. | devido a ou como consequência de... |

Outras condições significativas que contribuíram para o óbito e que não entraram, porém, na cadeia acima:

Observações e outras informações que o epidemiologista que investiga o caso julgar pertinentes:

Encerramento do caso (a cargo da superintendência/gerência regional de saúde ou nível central)

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--|
| (1) Ofidismo (<i>Bothrops</i>) | (5) Ofidismo (não peçonhenta) | (9) Araneísmo (outra aranha) | (13) Acidente por abelha |
| (2) Ofidismo (<i>Crotalus</i>) | (6) Araneísmo (<i>Phoneutria</i>) | (10) Erucismo (<i>Lonomia</i>) | (14) Acidente com outros animais peçonhentos |
| (3) Ofidismo (<i>Micrurus</i>) | (7) Araneísmo (<i>Loxosceles</i>) | (11) Erucismo (outra lagarta) | (15) Acidente com animais não peçonhentos |
| (4) Ofidismo (<i>Lachesis</i>) | (8) Araneísmo (<i>Latrodectus</i>) | (12) Escorpionismo | (16) Não houve acidente com animal |

Qual(is) o(s) critério(s) utilizado(s) para afirmar a conclusão: assinale 1- Sim ou 2- Não

Critério de confirmação: () - Laboratorial () - Clínico () - Epidemiológico () - Reconhecimento do animal

Caso tenha sido identificada a espécie do animal causador descreva:

Espécie: _____

Principais características utilizadas na diferenciação da espécie: _____

Observações sobre a conclusão:



PAINEL DE EXAMES - ANOTAR DATAS E RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS

Exame		DATAS						
		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Hemograma e plaquetas	Hb							
	Ht							
	VCM							
	HCM							
	RDW							
	Leuc. Totais							
	%Neutrófilos							
	%Bastonetes							
	%Linfócitos							
	%Eosinófilos							
	%Monócitos							
	Plaquetas							
Urina-rotina								
Glicemia								
Sódio								
Potássio								
Cálcio								
Magnésio								
Ureia								
Creatinina								
Fibrinogênio								
CPK (creatinofosfoquinase)								
Troponina								
Albumina								
TGO (AST)								
TGP (ALT)								
Fosfatase alcalina								
Gama-GT								
Bilirrubinas (Total, Direta, Indireta)								
Tempo de protrombina (TP)								
Atividade de protrombina (%)								
RNI								
PTTa								
RX de tórax								



PAINEL DE EXAMES - ANOTAR DATAS E RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS

Exame	DATAS	
	___/___/___	___/___/___
Tomografia, Ressonância Nuclear, Ultrassonografia ou outros exames de imagem (especificar)		
Achados de anatomopatológico forense		
Outros exames (especificar)		

Data do encerramento da investigação: ___/___/___

Assinatura e carimbo do responsável