



SIENO
SISTEMA DE INFORMACION DE
ENFERMEDADES DE
NOTIFICACION OBLIGATORIA
FICHA DE INVESTIGACION DE
INTOXICACION POR PLAGUICIDA

ENFERMEDAD : INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS (NE61)

DEFINICIÓN DE CASO: TODA PERSONA QUE DESPUÉS DE HABER TENIDO CONTACTO CON UNO Ó MÁS PLAGUICIDAS POR LA VÍA DÉRMICA, INHALATORIA, DIGESTIVA U OTRA, PRESENTA EN LAS PRIMERAS 24 HORAS DESPUÉS DEL CONTACTO, MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE INTOXICACIÓN QUE VA A DEPENDER DEL GRUPO QUÍMICO AL QUE PERTENECE EL PLAGUICIDA. **SEGUN EL MODO DE OCURRENCIA:** INTENCIONAL: HOMICIDIO, SUICIDIO. NO INTENCIONAL: LABORAL, ACCIDENTAL. **SEGUN EL PLAGUICIDA:** CARBAMATOS, ÓRGANOFOSFORADOS, PIRETROIDES, FUNGICIDAS, FUMIGANTES, HERBICIDAS, ÓRGANOCLORADOS.

1. Numero del Caso:	2. Fecha de Elaboración:	3. Establecimiento	4. Parroquia
5. Municipio	6. Estado	7. Código	8. Fuente de Notificación: Publico <input type="radio"/> Laboratorio <input type="radio"/> Búsqueda Activa <input type="radio"/> Privado <input type="radio"/> Comunidad <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/>

9. Primer Apellido:	10. Segundo Apellido:	11. Primer Nombre:	12. Segundo Nombre:
13-C.I. Pasaporte V <input type="radio"/> E <input type="radio"/>	14- Nacionalidad:	15- Fecha de Nacimiento Día Me Año	16- Edad: 17- Sexo M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>
18- Etnia	19- Nivel Educativo: I <input type="radio"/> S <input type="radio"/> TSU/U <input type="radio"/> P <input type="radio"/> TM <input type="radio"/>	20- Años Aprobados:	21- Situación Conyugal: S <input type="radio"/> U <input type="radio"/> D <input type="radio"/> C <input type="radio"/> Se <input type="radio"/> V <input type="radio"/>
22- Profesión:	23- Ocupación:	24- Latitud	25- Longitud

Dirección de Habitación (Residencia)	26- Entidad de Residencia:	27- Municipio de Residencia:	28- Parroquia De Residencia	29- Localidad De Residencia
30- Urb./Sector/ Zona Industrial:	31- Av./Carrera/ Calle/Esquina/Vereda:	32- Casa/Edif./ Quinta/Galpón:	33- Piso/ Planta/Local:	
34- Teléfono de Habitación (fijo):	35- Teléfono Celular (móvil):	36- Punto de Referencia :		
37- Nombre de la Madre y / o representante		38- Nombre del Padre y/o representante		
39- Área Rural <input type="checkbox"/> Área Urbana <input type="checkbox"/>	40- Visitas al lugar de trabajo : Si ____ No ____	4.4 Fecha de Denuncia o Notificación D/M/A _____ Nº de Semana Epidemiológica _____		

Antecedentes:
Lugar de Exposición: _____ Fecha (D/M/A): _____ Hora _____ AM _____ PM
Vías de Exposición:
Consumo de Alimentos _____
No Si Especifique _____
Aguas contaminadas: No SI Otros : _____
Embarazo : SI ____ Semana de Gestación : _____ No : ____ Lactando Si ____ NO ____ Edad : _____
Forma de Ocurrencia : A) Laboral : _____ B) Intencional _____ C) Accidental _____
Plaguicida Causante (Nombre Comercial): _____

GRUPO QUIMICO	Clasificación del Plaguicida según OMS
Órgano Clorado	Ia:Extremadamente Peligroso
Órgano Fosforado	Ib: Altamente Peligroso
Carbamato	II: Moderadamente Peligroso
Piretroides	III: Ligeramente Peligroso

Sintomatología: Fecha de Inicio D/M/A : _____ Hora _____ Fecha de Atención Medica D/M/A: _____

X	Sistema Gastrointestinal	Fecha de Inicio D/M/A	X	Sistema Respiratorio	Fecha de Inicio D/M/A
	Diarrea			Tos	
	Vómito			Disnea	
	Dolor Abdominal			Sistema Renal	
	Otros			Anuria	
	Sistema Nervioso			Hematuria	
	Cefalea			Poliuria	
	Calambres			Efectos Locales en Piel	
	Sudoración			Quemaduras	
	Mareo			Ampollas	
	Otros			Edemas/Eritema	
	Sistema Muscular			Urticaria	
	Fasciculaciones			Efectos Locales en Ojo	
	Mialgias			Lagrimo	
	Otros			Irritación	

	Otros Efectos			Otros	
	Fatiga				
	Malestar General				
	Otros				

Parámetros	Valores	Fecha
Leucocitos		
Linfocitos		
Neutrófilos		
Eosinófilos		
Monocitos		
Plaquetas		
Hemoglobina		
Hematocrito		
Urea		
Creatinina		
SGOT		
SGPT		
Bilirrubina Total		
Bilirrubina Directa		
Bilirrubina Indirecta		
PT		
PTT		
ACETIL-COLINESTERASA		

Material Enviado

Tipo de Muestras	Fecha de Toma D/M/A	Fecha de envío de Resultados D/M/A
Sangre o Suero Agudo		
Sangre o Suero Convaleciente		
Aspirado Gástrico		
Biopsia (Órganos)		
Necropsia (Órganos)		
Heces		
Orina		
Otros		

Diagnostico: _____

Tratamiento: _____

Clasificación del Caso:

Sospechoso: Confirmado: Descartado:

Hospitalización: No: Si: Fecha: _____ Días de Hospitalización: _____

Egreso: SI — NO — Fecha: Vivo: Muerto:

Observaciones:

Responsable del Llenado:

Apellidos: _____ Nombres: _____ Firma: _____ Función: _____

Fecha de Registros: _____

Instrucciones Generales:

Escribir en letra de molde y con bolígrafo toda la información solicitada . En caso que un dato derive del anterior no dejar espacios vacíos .

1. Registrar en el espacio correspondiente el número del caso.
2. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de elaboración según el formato D/M/A.
3. Registrar en el espacio correspondiente el nombre del establecimiento de salud donde se notifico el caso .
4. Registrar en el espacio correspondiente el nombre de la parroquia donde esta ubicado el establecimiento de salud
5. Registrar en el espacio correspondiente el nombre del municipio donde esta ubicado el establecimiento de salud
6. Registrar en el espacio correspondiente nombre del estado donde esta ubicado el establecimiento de salud
7. Registrar en el espacio correspondiente el código el cual tiene asignado el estado
8. Marque con una equis "x" en el ovalo correspondiente la fuente de notificación.
9. Registrar en el espacio correspondiente el primer apellido de la persona afectada
10. Registrar en el espacio correspondiente el segundo apellido de la persona afectada tal como aparece en la cedula de identidad.
11. Registrar en el espacio correspondiente el primer nombre de la persona afectada tal como aparece en la cédula de Identidad.
12. Registrar en el espacio correspondiente segundo nombre de la persona afectada tal como aparece en la cédula de Identidad.
13. Marcar con una "X" en el ovalo correspondiente, según la nacionalidad de la persona (V si es de nacionalidad venezolana y E si es de nacionalidad Extranjera) seguidamente colocar el número de cédula de identidad o pasaporte, utilizar una casilla para cada número. En caso de ser un niño y no poseer cédula de identidad colocar el número de Cédula de Identidad de la madre.
14. Registrar la nacionalidad en caso de ser venezolano o el país de origen en caso de ser extranjero.
15. Registrar en las casillas correspondientes el día, mes y año de nacimiento de la persona .
16. Registrar en el espacio correspondiente la edad de la persona .
17. Marcar en el ovalo correspondiente con una "X" el sexo al cual corresponda.
18. Indicar el nombre de la etnia o pueblo indígena a que pertenece la persona.
19. Marcar una "X" en el ovalo correspondiente al nivel educativo en el cual se encuentra la persona; I: si se encuentra en el nivel Inicial, P: si esta cursando o cursó solo el nivel de Primaria, S: si se encuentra en el nivel de Secundaria, TM: si esta cursando o curso el nivel de Técnico Medio, TSU/U: si esta cursando o curso el nivel de Técnico Superior Universitario o Educación universitaria y EE: si se encuentra cursando o curso algún nivel de Educación Especial (incluye la educación recibida a través de las Misiones).
20. Registrar en el espacio correspondiente los años aprobados en el último nivel educativo cursado.
21. Marcar con una "X" en el óvalo correspondiente la alternativa que identifique la situación conyugal del usuario para el momento de la notificación de la enfermedad; S: soltero, C: casado, U: unido, D: divorciado, Se: separado, V: viudo.
22. Indicar en el espacio correspondiente la profesión que desempeña la persona afectada.
23. Indicar en el espacio correspondiente la ocupación que desempeña la persona afectada .

- 24.- Registrar en el espacio correspondiente la latitud de la zona donde se presento el caso.
- 25.- Registrar en el espacio correspondiente la longitud de la zona donde se presento el caso.
- 26.- Escribir en el espacio correspondiente el nombre de la entidad de residencia de la persona afectada .
- 27.- Escribir en el espacio correspondiente el nombre del Municipio en que se encuentra la residencia de la persona. afectada
- 28.- Registrar el nombre de la parroquia donde se encuentra ubicada la residencia de la persona. afectada
- 29- Indicar en el espacio correspondiente el nombre de la localidad en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
- 30.- Indicar Urbanización ./Sector/Zona Industrial en que se encuentra la residencia de la persona. afectada
- 31.- Indicar Avenida./Carrera/Calle/Esquina/Vereda en que se encuentra la residencia de la persona afectada
- 32.- Indicar Casa/Edif./Quinta/Galpón en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
- 33.- Escribir el número del piso, planta o local donde se encuentra ubicada la residencia de la persona afectada
- 34.- Escribir en el espacio correspondiente el número de teléfono fijo donde habita la persona afectada.
- 35.- Indicar el número de teléfono celular donde pueda ser ubicado la persona afectada.
- 36.- Registrar en el espacio correspondiente un punto de referencia que facilite la ubicación de la residencia de la persona afectada.
- 37.- Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido de la madre o representante en caso de que la persona sea menor de edad.
- 38.-Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del padre o representante en caso de que la persona sea menor de edad.
- 39.- Marcar con una equis "X" en el espacio correspondiente el lugar de exposición fecha según formato (D/M/A) y hora .
40. Registrar en el espacio correspondiente vía de exposición y fecha según formato (D/M/A) y hora ..
41. Marcar con una equis "X" en el espacio correspondiente si la persona afectada consumió o no alimentos.
42. Registrar en el espacio correspondiente si la persona afectada presenta embarazo o no , registrar la semana de gestación, si lacta o no y la edad de la persona afectada .
43. Marcar con una equis "X" en el espacio correspondiente la forma de ocurrencia de la intoxicación por plaguicida .
44. Marcar con una equis "X" en el espacio correspondiente el grupo químico al cual pertenece el plaguicida involucrado.
45. Marcar con una "equis" X" en el espacio correspondiente la clasificación al cual pertenece el plaguicida involucrado .
46. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de inicio de síntomas según formatos (D/M/A) y hora
47. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de atención medica según formato (D/M/A) .
48. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de denuncia o notificación según formato (D/M/A) y N° de semana epidemiológica .
49. Marcar con una equis "X" en la casilla correspondiente los signos y síntomas presentados así como registrar la fecha de inicio de cada uno de los signos y síntomas según formato (D/M/A)
50. Registrar en el espacio correspondiente los resultados de los exámenes laboratorio y la fecha según formato (D/M/A).
51. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de toma de las muestras según formato (D/M/A) y fecha de envió de resultados
52. Registrar en el espacio correspondiente el diagnostico realizado por el medico tratante
53. Registrar en el espacio correspondiente el tratamiento prescripto por el medico tratante .
54. Marcar con una equis "X" en el espacio correspondiente la clasifica-