NOTIFICACION DE CASO SOSPECHOSO DE INTOXICACION AGUDA POR PLAGUICIDA

1-Fecha de atención d☐☐ m☐☐ a☐☐☐☐ Nºcorrelativo del caso ☐☐☐ Región Provincia Nº caso ☐☐/☐☐/☐☐☐

2-Fecha de Notificación d☐☐ m☐☐ a☐☐☐☐ ☐☐☐

3.Establecimiento:

4.Antecedentes del Intoxicado

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno

Sexo: ☐M ☐F Edad (años): ☐☐☐ RUT: ☐☐☐☐☐☐☐☐-☐ Fono: _____

Domicilio(habitual) calle _____ Nº ☐☐☐☐☐☐ Depto _____

Ciudad: Comuna:

5.Lugar de ocurrencia de la intoxicación (lugar de exposición)

☐Lugar de Trabajo ☐Escuela ☐Casa ☐Otro (cual?) _____

☐Desconocido

Nombre: _____ Ciudad: _____

Dirección: _____ Comuna: _____

Localidad: _____ Fono: _____

Nombre del Empleador: _____ Fono: _____

6.Tipo de Exposición ☐Laboral ☐Voluntaria (intento de suicidio) ☐Desconocido ☐Accidental No laboral ☐Provocada (intento de homicidio)

7. Actividad al momento de exposición *(elija una, o mas de uno si es "Multiple")*

☐Aplicación plaguicida (*¿donde?*) _____ ☐Actividades escolares ☐No corresponde

☐Otro *(¿cual?)* _____ ☐Desconocido

8.Plaguicida

Nombre 1: _____

Nombre 2: _____ ☐Desconocido

9.Diagnóstico *(escriba el diagnóstico)* **10.Fecha primeros síntomas**

_____ d☐☐ m☐☐ a☐☐☐☐ Hora: _____

11.Síntomas y Signos *(elija uno, o mas de uno si es "Multiple")*

☐Localizado: ⇨ ☐Piel ☐Ocular ☐Respiratorio

☐Sistémico: ⇨ ☐Nauseas/Vómitos ☐Dolor abdominal ☐Cefalea ☐Miosis (contracción de pupila)

☐Sudoración ☐Dificultad Respiratoria ☐Convulsiones ☐Bradicardia

☐Otros(especifique) _____

12.Vía de Exposición *(elija una o mas de una)*

☐Oral ☐Piel ☐Mucosas (Ocular y otras) ☐Respiratoria ☐Desconocido

13.Exámenes Toxicológicos

Test de Colinesterasa: ☐Si ☐No Resultado ____ % _____ U/Lt Método _____

Otros exámenes para plaguicidas ☐Si ☐No (*¿cual?*) _____ ☐No corresponde

14.Destino del Intoxicado

☐Su casa ☐Hospital ☐Medico Legal (fallecido) ☐Su Trabajo

15.Seguro de Salud

Ley 16.744 (Laboral) ☐INP ☐Mutualidades: (☐ACHS ☐MCCHC ☐IST) ☐Sin afiliación y desprotegido

Salud Común ☐Fonasa ☐Isapre ☐Sin afiliacion

16.Licencia o reposo médico: ☐Si ☐No NºDías ☐☐

17.Este caso es parte de un BROTE: ☐Si ☐No Número Probable de casos: ☐☐

Nombre del que notifica:

Profesión: ☐Medico ☐Enfermera ☐Aux.Enf ☐Otro