

NOTIFICACION DE CASO SOSPECHOSO DE INTOXICACION AGUDA POR PLAGUICIDA

1.Fecha de atención	d <input type="text"/> <input type="text"/> m <input type="text"/> <input type="text"/> a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nº correlativo del caso <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Región	Provincia	Nº caso
2.Fecha de Notificación	d <input type="text"/> <input type="text"/> m <input type="text"/> <input type="text"/> a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>		
3. Establecimiento:					
4. Antecedentes del Intoxicado					
Nombres		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad (años):	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	RUT:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Domicilio (habitual): calle			Nº <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Depto <input type="text"/>
Ciudad:			Comuna:		
5. Lugar de ocurrencia de la intoxicación (lugar de exposición)					
<input type="checkbox"/> Lugar de Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otro (cual?) _____ <input type="checkbox"/> Desconocido					
Nombre: _____			Ciudad: _____		
Dirección: _____			Comuna: _____		
Localidad: _____			Fono: _____		
Nombre del Empleador: _____			Fono: _____		
6. Tipo de Exposición					
<input type="checkbox"/> Laboral		<input type="checkbox"/> Voluntaria (intento de suicidio)		<input type="checkbox"/> Desconocido	
<input type="checkbox"/> Accidental No laboral		<input type="checkbox"/> Provocada (intento de homicidio)			
7. Actividad al momento de exposición (elija una, o mas de uno si es "Multiple")					
<input type="checkbox"/> Aplicación plaguicida (¿donde?) _____		<input type="checkbox"/> Actividades escolares		<input type="checkbox"/> No corresponde	
<input type="checkbox"/> Otro (¿cual?) _____				<input type="checkbox"/> Desconocido	
8. Plaguicida			10. Fecha primeros síntomas		
Nombre 1: _____			d <input type="text"/> <input type="text"/> m <input type="text"/> <input type="text"/> a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hora: _____		
Nombre 2: _____			<input type="checkbox"/> Desconocido		
9. Diagnóstico (escriba el diagnóstico)					

11. Síntomas y Signos (elija uno, o mas de uno si es "Multiple")					
<input type="checkbox"/> Localizado: \Rightarrow		<input type="checkbox"/> Piel		<input type="checkbox"/> Ocular	
				<input type="checkbox"/> Respiratorio	
<input type="checkbox"/> Sistémico: \Rightarrow		<input type="checkbox"/> Náuseas/Vómitos		<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	
		<input type="checkbox"/> Sudoración		<input type="checkbox"/> Cefalea	
		<input type="checkbox"/> Dificultad Respiratoria		<input type="checkbox"/> Miosis (contracción de pupila)	
		<input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____		<input type="checkbox"/> Convulsiones	
				<input type="checkbox"/> Bradicardia	
12. Vía de Exposición (elija una o mas de una)					
<input type="checkbox"/> Oral		<input type="checkbox"/> Piel		<input type="checkbox"/> Mucosas (Ocular y otras)	
				<input type="checkbox"/> Respiratoria	
				<input type="checkbox"/> Desconocido	
13. Exámenes Toxicológicos					
Test de Colinesterasa:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Resultado ____ % ____ U/Lt Método _____	
Otros exámenes para plaguicidas		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		(¿cual?) _____ <input type="checkbox"/> No corresponde	
14. Destino del Intoxicado					
<input type="checkbox"/> Su casa		<input type="checkbox"/> Hospital		<input type="checkbox"/> Medico Legal (fallecido)	
				<input type="checkbox"/> Su Trabajo	
15. Seguro de Salud					
Ley 16.744 (Laboral)		<input type="checkbox"/> INP		<input type="checkbox"/> Mutualidades: (<input type="checkbox"/> ACHS <input type="checkbox"/> MCCHC <input type="checkbox"/> IST) <input type="checkbox"/> Sin afiliación y desprotegido	
Salud Común		<input type="checkbox"/> Fonasa		<input type="checkbox"/> Isapre <input type="checkbox"/> Sin afiliación	
16. Licencia o reposo médico: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nº Días <input type="text"/> <input type="text"/>					
17. Este caso es parte de un BROTE: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Número Probable de casos: <input type="text"/> <input type="text"/>					
Nombre del que notifica:			Profesión:		
			<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Aux. Enf <input type="checkbox"/> Otro		