

EVALUACIÓN DE EXPOSICIÓN A PLAGUICIDA

Este formulario debe ser llenado durante su evaluación clínica . Si usted es un profesional de la salud, debe hacer las siguientes preguntas verbalmente.



Paciente ID

Nombre completo: _____ Género: Masculino Femenino
Apellidos Nombre

Fecha de nacimiento: _____ Ocupación: _____ Patrono: _____

Dirección: _____
Urb/Calle Apartamento/Unidad# Ciudad Estado Código Postal

Información de la exposición

Nombre del Plaguicida: _____

Ingrediente activo: _____

Número de registro de EPA: _____

Cantidad a la que fue expuesto: _____

Concentrado o diluído: _____

Tipo de Cosecha (si aplica): _____

Causa Exposición Sospechada (ej: derrame, corriente de viento, entrada anticipada)

¿Utilizó equipo de protección personal? _____

Circunstancias:

- Intencional
- Accidental
- Ocupacional
- No-Ocupacional

Ruta de exposición:

- Dermal
- Ocular
- Oral
- Respiratoria

Métodos de aplicación de plaguicida:

- Aérea
- Rociador de espalda
- Rociador de Mano
- Boom sprayer
- Air Blast

Otro: _____

¿Otros individuos envueltos (expuestos, testigos, asistieron)?

Si No ¿Quién? _____

Fecha de exposición: _____

Si es un trabajador, ¿ha recibido el paciente adiestramiento del Estándar de Protección de Trabajador?

Si Fecha del ultimo adiestramiento _____ No

Síntomas

- | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Debilidad | <input type="checkbox"/> Salivación | <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho |
| <input type="checkbox"/> Salpullido | <input type="checkbox"/> Cansancio | <input type="checkbox"/> Sudoración excesiva | <input type="checkbox"/> Ojos rojos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Nausea | <input type="checkbox"/> Pérdida de conciencia | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Problemas para respirar | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Vómitos | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal |
| <input type="checkbox"/> Movimientos musculares involuntarios | <input type="checkbox"/> Toz | <input type="checkbox"/> Confusión | Otro: _____ |

¿En cuánto tiempo luego de la exposición comenzaron los síntomas? _____

Duración de observación clínica: _____ hrs. _____ min. _____

Cambios notables durante el periodo de observación (describa): _____

¿Otros trabajadores/individuos expuestos desarrollaron síntomas? Si No

Signos Físicos

Piel: _____ Ojos: _____ Pulmón: _____

Membranas mucosas: _____ Neuro: _____
(respuesta pupilar, examen sensorial distal, examen motor, coordinación)

Corazón: _____
(ritmo, frecuencia)

Otros signos físicos encontrados: _____

Prueba de Colinesteraza AChE y BuChE (Muestra dictada por el laboratorio de prueba): Fecha: _____ Resultados: _____

¿Se ordenaron pruebas de seguimiento? Si No Fecha: _____ Resultados: _____

Materiales Colectados & Laboratorios

- Copia de la etiqueta/SDS del plaguicida
- Copia del registro de aplicación del plaguicida, si aplica
- 10cc sangre completa, anticoagulada con heparina de sodio (refrigerar)
- 5cc plasma, anticoagulada con heparina de sodio (voltear y refrigerar)
- Muestra fresca de orina (etiquetar y congelar)
- Artículos de ropa contaminados (colocar en bolsa plástica, etiquetar, sellar y congelar)
- Residuo en uñas (colocar en bolsa plástica, etiquetar, sellar y congelar)
- Muestra de saliva (sellar contenedor, etiquetar, congelar)
- Muestra de cabello, si expuesto (colocar en bolsa plástica, etiquetar, sellar y congelar)
- Toalla desechable pasada por piel (pasar en la piel expuesta una toalla de alcohol, colocar la toalla en bolsa plástica, etiquetar, sellar y congelar)
- Otro: _____

Tratamiento

Control de envenamiento 800-222-1222

¿La piel fue lavada? _____ ¿La ropa fue removida? _____
(tiempo)

¿Los ojos fueron irrigados? _____
(con qué, por cuánto tiempo)

Gastrointestinal: ¿eméticos, absorbentes, otros tratamientos por boca? _____

¿Atropina? Si No Dosis: _____ Respuesta: _____

¿2-PAM? Si No Dosis: _____ Respuesta: _____

Reporte

Reportado a:

Agencia: _____

Número de Teléfono: _____ Página Web: _____

ID Proveedor

Firma del Proveedor: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____