

ACUTE ILLNESS RESPONSE (AIR) FORM

--Complete if patient had symptoms during the last week--

If you have the patient's consent, record their contact information:

Patient Name: _____ Date of Birth: _____ Patient Phone: _____

Employer name and/or Camp location: _____

Name of person completing form: _____ Today's date: _____

Program or clinic affiliation: _____ Phone number: _____

Describe the situation with as much detail as possible:

Symptoms/Síntomas (Check all that apply)

<input type="checkbox"/> Fatigue/ <i>Fatiga</i>	<input type="checkbox"/> Muscle Cramps/ <i>Calambres</i>	<input type="checkbox"/> Confusion/ <i>Confusión</i>
<input type="checkbox"/> Headache/ <i>Dolor de Cabeza</i>	<input type="checkbox"/> Loss of Consciousness/ <i>Perdida del Conocimiento</i>	<input type="checkbox"/> Anxiety/ <i>Ansiedad</i>
<input type="checkbox"/> Blurred Vision/ <i>Vista Borrosa</i>	<input type="checkbox"/> Excessive Salivation/ <i>Babeo excesivo</i>	<input type="checkbox"/> Rashes/ <i>Ronchas</i>
<input type="checkbox"/> Vomiting/ <i>Vomitando</i>	<input type="checkbox"/> Dizziness/ <i>Mareo</i>	<input type="checkbox"/> Convulsions/ <i>Convulsiones</i>
<input type="checkbox"/> Difficulty Breathing <i>Dificultad para Respirar</i>	<input type="checkbox"/> Stomach Ache/ <i>Dolor de Estómago</i>	Otro: _____
<input type="checkbox"/> Excessive Perspiration/ <i>Exceso de sudor</i>	<input type="checkbox"/> Diarrhea/ <i>Diarrea</i>	Otro: _____
<input type="checkbox"/> Pinpoint pupils/ <i>Pupiles pequeños</i>	<input type="checkbox"/> Shaking/ <i>Temblores del cuerpo</i>	Otro: _____
	<input type="checkbox"/> Loss of Appetite/ <i>Pérdida de Apetito</i>	Otro: _____

Additional Details/Detalles Adicionales

1. What were you doing when you started feeling ill? *¿Qué estaba haciendo cuando empezó a sentirse enfermo?*

2. What day and time did you start feeling ill? *¿Qué fecha y hora se empezó a sentir mal?*

3. Do you think you were exposed to a pesticide? *¿Piensa que tuvo contacto directo con un pesticida?* Yes/Sí No

3a. When did the exposure start? *¿Cuándo empezó el contacto con el pesticida?* Date & time/*Fecha y hora:* _____

3b. How long did it last? *¿Cuánto tiempo duró?* Length of time in minutes, hrs or days/*en minutos, horas, o días:* _____

4. Do you know the location of the field you were working in when you got sick?

¿Sabe usted dónde queda el fin en el cual estaba trabajando cuando empezó a sentirse mal?

5. Are there any landmarks that can be used to identify the field you were working in?

¿Hay un punto de referencia para identificar el fin en el cual estaba trabajando?

6. Do you have the clothing you wore in the field? (Ask if they can provide this to you in a plastic bag.) Yes/Sí No

¿Tiene usted la ropa que estaba usando en los files? (Pregunte si el trabajador puede entregársela a usted en una bolsa de plástico)

7. Do you know what chemicals were applied to the fields/crops where you were working?

¿Sabe usted cuales químicos han sido aplicados en los files o en las plantas donde estaba trabajando?

8. Did you see anyone applying anything to the fields where you were working? When?

¿Ha visto a alguien esprayando algo en los files donde estaba trabajando? ¿Cuándo?

9. Do you know where we can get a label of the chemicals that were being used? (Ask if they can give you the label(s).)

¿Sabe usted donde se puede conseguir una etiqueta de los químicos que se estaban usando? (Pregunte si puede dársela(s).)

10. Did any other workers get sick at the same time as you? (If "no" stop here.)

¿Se enfermaron más trabajadores al mismo tiempo que usted? (Si la respuesta es "no" deténgase aquí.)

11. What are their names? *¿Cómo se llaman?*

12. Are you pregnant? *¿Está usted embarazada?* Yes/Sí No

13. Do you live with someone who is pregnant? *¿Vive con alguien que está embarazada?* Yes/Sí No

14. Do you live with any children under age 5? *¿Vive con niños menores de 5 años de edad?* Yes/Sí No

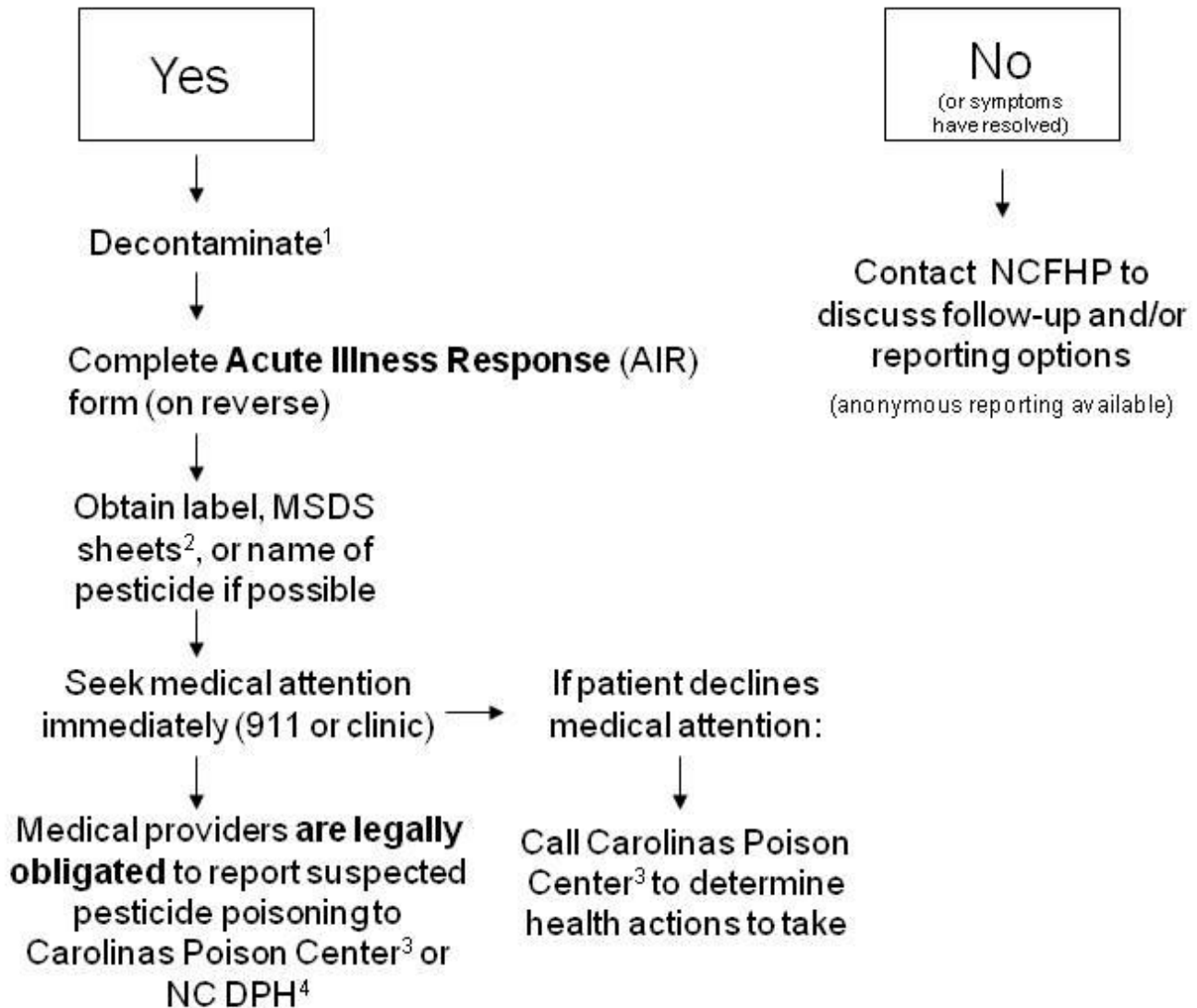
Acute pesticide exposure suspected? Seek medical attention and/or call **Carolinas Poison Center: 1-800-222-1222**

NC DPH Pesticide Reporting (919) 707 - 5940 or <http://www.epi.state.nc.us/epi/oii.html>

Cholinesterase testing appropriate? (within 72 hrs?) _____ Collect clothing sample? _____

Responding to Reported Pesticide Exposures

Has patient had symptoms during last week?



IN ALL CASES:

Protect yourself from exposure while assisting a client.

Discuss reporting options with the patient.

Obtain consent from client prior to putting their name on AIR form.

Provide health education and follow up as needed.

¹To decontaminate, remove clothes, then wash or shower with soap and water. If pesticide in eyes, rinse 15 minutes.

²Material Safety Data Sheets

³Carolinas Poison Center: 1-800-222-1222

⁴NC Division of Public Health: (919) 707 - 5940 / <http://www.epi.state.nc.us/epi/pest/to/report.html>