



Gobierno Provincial

ACCIDENTE RABICO

Ministerio de Salud Pública

1. DATOS DEL DECLARANTE

| | |
|------------------------------------|----------------------------|
| Apellido y Nombre del Profesional: | Teléfono: |
| Establecimiento Notificador: | Fax: |
| Localidad: | Departamento: |
| Provincia: | Fecha de Notificación: / / |

2. DATOS DEL PACIENTE

| | |
|---|---------------|
| Apellido y Nombre: | D.N.I.: |
| Edad: Sexo: M F | Teléfono: |
| Dimicilio: | Localidad: |
| Urbano: Rural: Fecha de Nacimiento: / / | Departamento: |
| Establecimiento Notificador: | Provincia: |

3. DATOS DE EXPOSICIÓN

| | | |
|--------------------------------------|---|--|
| Fecha de Inicio de los Síntomas: / / | ← | DATO IMPORTANTE PARA ACCIÓN DE VIGILANCIA |
| Fecha de la Consulta: / / | ← | |

Lugar donde ocurrió la exposición:

Localidad: Provincia: País:

Ámbito:

Rural: | Urbano: | Domiciliario: | Vía Pública:

Tipo de exposición:

Mordedura: | Otros:

Región anatómica de la mordedura:

Dedos: | Manos: | Pies: | Cuello: | Cara: | Cabeza: | Miembro: | Torso: | Otros:

Datos del animal sospechoso:

Especie animal: Perro: | Gato: | Murciélago: | Otros:

Estado del animal: Vivo: | Muerto: | Desconocido:

Observación antirrábica: SI | NO

4. TRATAMIENTO

Tratamiento Local de la herida: SI | NO | Sutura: SI | NO

Administración de antibióticos: SI | NO | ¿Cuál?

Tratamiento antirrábico post exposición

Vacunación: SI | NO | N° Dosis indicadas: N° Dosis aplicadas:

Tipo de vacuna: Reacción Adversa: SI | NO | ¿Cuál?

Gamma-Globulina: SI | NO | Dosis:

Observaciones:

Firma y Sello del Médico: