



Gobierno Provincial

ACCIDENTE RABICO

Ministerio de Salud Pública

### 1. DATOS DEL DECLARANTE

Apellido y Nombre del Profesional:	Teléfono:
Establecimiento Notificador:	Fax:
Localidad: Departamento:	E-mail:
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: / /	←	<b>DATO IMPORTANTE PARA ACCIÓN DE VIGILANCIA</b>
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: \_\_\_\_\_