



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: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Teléfono: _____	
Domicilio: _____		Localidad: _____	
Urbano: <input type="checkbox"/>	Rural: <input type="checkbox"/>	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: _____