



IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador: Provincia: Departamento:

Fecha de notificación: / / Apellido y nombre del notificador

Teléfono: Correo electrónico:

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Tipo de documento: DNI DE IND N° Apellido y Nombre:

Teléfono: Fecha de nacimiento: ___/___/___

Lugar de residencia: Provincia Departamento: Localidad:

Domicilio: Calle / Mza: N° Piso Depto: Cód. Postal:

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de primera consulta ___/___/___ Internado SI NO Fecha ___/___/___ Persona Gestante SI NO

SIGNOS Y SINTOMAS

Fecha del accidente: ___/___/___

Tipo de accidente	
No significativo (contacto con la boca o saliva del animal en piel intacta)	<input type="checkbox"/>
Leve (herida superficial que no involucre cabeza, cara, cuello, manos, pies y genitales)	<input type="checkbox"/>
Grave (heridas profundas, múltiples o extensas en cabeza, cara, cuello, en manos, pies y/o genitales; cualquier tipo de herida producida por mamíferos silvestres)	<input type="checkbox"/>

PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN - TRATAMIENTO

Inmunoglobulina antirrábica: SI NO Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha fin: ___/___/___

Vacuna antirrábica PPE 1er Dosis: 2da Dosis: 3er Dosis: 4er Dosis: Fecha ___/___/___

INTERNACIÓN

Fecha de internación ___/___/___ Cuidados intensivos SI NO
Condición de alta o egreso: Curado/Mejorado: SI NO Fallecido: SI NO Fecha ___/___/___

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Antecedente de Viaje	País	_____	Animal que produjo el APR	<input type="radio"/> Contacto con murciélago
	Provincia	_____		<input type="radio"/> Contacto con perro - Sin vacunar
	Localidad	_____		<input type="radio"/> Contacto con gato - Sin vacunar
	Fecha Inicio	___/___/___		<input type="radio"/> Contacto con perro - Vacunado
	Fecha Fin	___/___/___		<input type="radio"/> Contacto con gato - Vacunado
Ámbito del APR	<input type="radio"/> Vía Pública			<input type="radio"/> Contacto con animal silvestre (zorro, coatí, otros)
	<input type="radio"/> Domicilio			<input type="radio"/> Contacto con animal de importancia económica (bovino, equino)
	<input type="radio"/> Lugar de Viaje			<input type="radio"/> Animal agresor disponible para observación antirrábica
	<input type="radio"/> Otro			<input type="radio"/> Animal agresor no disponible para observación antirrábica

OBSERVACIONES

.....
.....
.....

CLASIFICACIÓN DE CASO

Caso confirmado Caso invalidado por epidemiología

Nombre y apellido del notificador

Firma