



FICHA DE NOTIFICACION E INVESTIGACION  
RABIA HUMANA Y EXPOSICIÓN A VIRUS RÁBICO  
Correo: vigizoocan@gmail.com

**Caso sospechoso por exposición a virus rábico:** persona con mordedura o lamedura de mucosa o herida producida por un animal silvestre, perros o gatos imposibles de observar, o sospechosos de rabia.

**Caso sospechoso de rabia:** toda persona expuesta al virus rábico que presente un cuadro clínico neurológico.

**DATOS DEL NOTIFICANTE**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Fecha de notificación \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Establecimiento \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_

**DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

PACIENTE  Nuevo  Control  Re-Admitido

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Fecha Consulta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Edad:  Años  Meses  Días Sexo  F  M C.I. N° \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Dpto. \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_

Zona: Urbana  Rural  País \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE RIESGO Y EXPOSICION AL VIRUS RABICO**

Fecha Exposición \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_

Lugar de ocurrencia del evento: Calle  Trabajo  Hogar  Otros: \_\_\_\_\_

Tipo de Exposición Mordedura  Arañazo o rasguño  Lamida  Otro \_\_\_\_\_

Agresión provocada?  SI  NO Tipo de lesión  Unica  Múltiple Profundidad  Superficial  Profunda Localización/es anatómica  Cabeza, cara, cuello  Tronco  Manos, dedos  Miembros Superiores  Miembros inferiores  Genitales Externos  Pies, dedos

La lesión fué a través de la ropa: Si  No

Animal sospechoso Perro  Gato  Murciélago  Ovino  Bovino  Equino  Porcino  Caprino  Silvestre (Especificar) \_\_\_\_\_

Estado del animal Vivo  Observado  SI  NO Con signos de rabia  SI  NO

Animal vacunado Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Carné  SI  NO

Estado del animal Muerto espontáneo  Sacrificado

Estudio laboratorial IFD N° \_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

Inoculación animal N° \_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES CLINICOS**

Tratamiento de la herida  SI  NO Antibióticos  Cuál? \_\_\_\_\_ Fecha de inicio toma \_\_\_\_\_

Tipo de vacuna \_\_\_\_\_ Reacción adversa  Cuál? \_\_\_\_\_

Antecedentes vacunal  SI Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  NO

**Tratamiento antirrábico**

| Vacuna antirrábica humana | 1a. Dosis | 2a. Dosis | 3a. Dosis | 4a. Dosis |
|---------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Fecha Indicada por Médico |           |           |           |           |
| Fecha en que se vacunó    |           |           |           |           |

| Inmunoglobulina       |                           |
|-----------------------|---------------------------|
| Cantidad administrada | Fecha: ____ / ____ / ____ |
| Infiltración local    | Peso del Pct _____        |
| Intramuscular         | Lote _____                |

2da. Consulta: Animal vivo  Animal sano  Animal huido  Animal Muerto  Alta del animal

3ra. Consulta: Animal vivo  Animal sano  Animal huido  Animal Muerto  Alta del animal

**CIERRE DE CASO**

Fecha de alta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**RABIA HUMANA Y EXPOSICIÓN A VIRUS RÁBICO**

**Continuar completando ante sintomatología compatible a un cuadro de RABIA HUMANA**

Fecha inicio síntomas \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha 1° consulta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

Fecha de hospitalización \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Signos clínicos**

Excitación  Cefalea  Coma  Parálisis simétrica   
 Angustia  Fotofobia  Hipersalivación  Parálisis ascendente   
 Hiperestesia  Midriasis  Parálisis músculos respiratorios  Otros: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LABORATORIO RABIA HUMANA**

Fecha toma de muestra \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tipo de muestra Cerebro  Suero  LCR   
 Detección de antígenos Resultado: \_\_\_\_\_ Método \_\_\_\_\_  
 Serología Resultado: \_\_\_\_\_ Método \_\_\_\_\_

**CIERRE DE CASO**

Fecha de egreso \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fallecido  Traslado  Sin informe

Establecimiento de transferencia \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Firma / Registro del médico \_\_\_\_\_