



Programa Nacional de Control de Zoonosis y Centro Antirrábico Nacional

FICHA DE NOTIFICACION E INVESTIGACION

TRATAMIENTO ANTIRRABICO DE PRE-EXPOSICION

FICHA N°

FECHA:

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO:

EDAD: **SEXO:** **C.I.N°:**

DIRECCION:.....

DISTRITO: **BARRIO:** **TELEFONO:**

OCUPACION:

ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO ANTIRRABICO PREVIO:

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

ESQUEMA DE VACUNACION

TIPO DE VACUNA:

	DIA 0	DIA 07
FECHA INDICADA		
FECHA DE APLICACION		

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL MEDICO