

PLANILLA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON ACCIDENTE POTENCIALMENTE RÁBICO

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y nombres _____
Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Sexo: M F DNI: _____
Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____
Barrio: _____ Localidad: _____
Urbano rural Departamento: _____ Provincia: _____
Ocupación: _____

2.1 DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente ___/___/___

LUGAR DONDE OCURRIÓ LA EXPOSICIÓN

Localidad: _____ Barrio: _____ Calle N°: _____
Ámbito: rural urbano domiciliario vía pública
Tipo de exposición : mordedura arañazo otro _____
Región anatómica de la mordedura
Dedos manos pies cuello cara cabeza miembros o tronco
Otros: _____

2.2 DATOS DEL ANIMAL

• Animal doméstico, especifique cual: _____
Propiedad del animal:
Propio de un familiar de un vecino de la calle otro _____
En el momento del accidente el animal se encontraba:
Jugando con el niño / adulto comiendo suelto con sus cachorros herido
El animal atacó sin razón aparente SI NO
• Animal silvestre especifique cual: _____
Otro (descripción breve situación): _____

Condición del animal:

- Observable (vivo perro y gato) envío a control antirrábico veterinario.
- No observable - Desaparecido doméstico o silvestre: indicar vacuna.
 - Doméstico y/o silvestre muerto: envío a laboratorio para diagnóstico.

3. DATOS DE LA LESIÓN

Fecha de la consulta médica: ___/___/___

Tratamiento local de la herida: SI NO Requirió sutura: SI NO

Tipo de lesión: laceración o desgarro abrasión avulsión o desgarro punzante

Administración de antibióticos: SI NO ¿Cuál? _____

Requirió internación: SI NO

¿Se indicó vacuna antitetánica?: SI NO

¿Se indicó vacuna antirrábica?: SI NO

4. TRATAMIENTO ESPECÍFICO (USO EXCLUSIVO VACUNATORIO)

Vacuna antitetánica

Fecha última dosis: ___/___/___

•Vacunación actual: 1° dosis ___/___/___ 2° dosis ___/___/___
refuerzo ___/___/___

•Gamaglobulina antitetánica : SI NO Fecha: ___/___/___

Vacuna antirrábica:

Antecedentes: Pre exposición : SI NO fecha: ___/___/___

Pos exposición: SI NO fecha: ___/___/___

Completo Incompleto

Vacunación actual: 1° dosis ___/___/___ 2° dosis ___/___/___ 3° dosis ___/___/___
4° dosis ___/___/___ 5° dosis ___/___/___

Gamaglobulina antirrábica : SI NO fecha: ___/___/___

(20 UI/kg.) Peso del paciente: ___ kg. Dosis total: ___ UI

5. DATOS DEL NOTIFICANTE

Nombre del profesional notificante: _____

Establecimiento notificante: _____

Teléfono: _____ fax: _____ e-mail: _____

Localidad: _____ Departamento: _____

Fecha de notificación: ___/___/___

Firma y sello del médico/a _____