



Ministerio de salud
y deportes

PREFECTURA DEL DEPARTAMENTO
DIRECCION DEPARTAMENTAL DE COCHABAMBA

UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA

FICHA INDIVIDUAL CASO DE RABIA HUMANA

CASO Nº _____

Nombre _____		Sexo Fem. <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/>	EDAD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses
PROCEDENCIA: Lugar de ocurrencia donde contrajo la enfermedad)			
DIRECCION : _____		LOCALIDAD: _____	
MUNICIPIO: _____		DEPARTAMENTO: _____	

FECHA DE NOTIFICACION

DIA	MES	AÑO

PERSONA QUE NOTIFICO _____

CARACTERISTICAS CLINICAS:

--

FECHA PRIMEROS SINTOMAS

DIA	MES	AÑO

DIAGNOSTICO

Clínico ☐

Laboratorio ☐

PERIODO DE INCUBACION

Conoce NO ☐ SI ☐

Nº de días ☐ ☐ ☐

FECHA DE DIFUSION

DIA	MES	AÑO

HOSPITALIZACIÓN

SI ☐

NO ☐

Nombre del hospital: _____

Datos de exposición

Fecha de hospitalización: _____

Exposición al virus:

mordedura ☐

contacto ☐

ignorado ☐

FECHA DE EXPOSICIÓN

DIA	MES	AÑO

Lugar(es) de la(s) mordedura(s) _____

Herida ☐

Unica ☐

Múltiple ☐

Fué atendido en el _____ Tipo ☐

Superficial ☐

Profunda ☐

Datos del animal causante de la exposición

Especie:

perro ☐

gato ☐

desconocido ☐

otro especificar _____

Vacunación anterior:

si ☐

no ☐

desconocido ☐

Condición del animal mordedor:

escapado ☐

observado ☐

vagabundo ☐

Sospechoso de rabia

si ☐

no ☐

no se informo ☐

Confirmación por laboratorio del animal

si ☐

no ☐

no se informo ☐

Edad del perro _____

Datos de tratamiento del paciente

Tenia vacunación anterior:

si ☐

no ☐

desconocido ☐

Se aplico vacuna antirrábica:

si ☐

no ☐

desconocido ☐

Tipo de vacuna _____ Laboratorio productor _____ Nº de lote _____ Suero _____

Comentario: _____

Nombre del investigador _____

Firma _____

DIA	MES	AÑO

Servicio de salud: _____