

1.- DATOS GENERALES

13

SEDES: _____ RED DE SALUD: _____ Nº Historia Clínica _____
MUNICIPIO: _____ ESTABLECIMIENTO DE SALUD _____ Semana Epidemiológica _____

2.- DATOS PERSONALES Y EPIDEMIOLÓGICOS

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

Teléfono: Fijo/Móvil _____

NOMBRE MADRE/PADRE Y/O APODERADO: _____

EDAD: _____ Años _____ Meses

SEXO: Masculino ☐ Femenino ☐

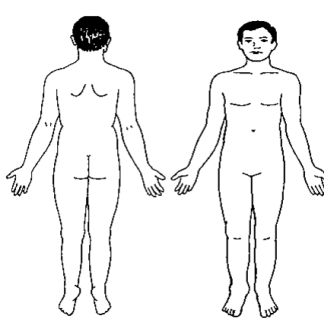
Domicilio actual: _____

Municipio/Dirección/Calle donde fue la exposición _____

Fecha de exposición/Contacto ____ / ____ / ____

Localización de la Mordedura

Cabeza ☐
Cara ☐
Tórax ☐
Brazo ☐
Antebrazo ☐
Mano ☐
Pierna ☐
Pié ☐
Dedos ☐
Otros ☐



Marque el sitio de la mordedura

Tipo de Exposición

Superficial ☐
Desgarrante ☐
Punzante ☐
Lamedura ☐
Contacto piel sana ☐
Contacto con mucosa ☐
Otros.. ☐

Lavó la Herida con AGUA Y JABON

SI ☐ NO ☐

Animal Agresor: Perro ☐ Gato ☐ Otro ☐

Edad del animal: < de 1 año _____ Meses _____ > de 1 año _____

Condición del Animal: Conocido ☐ Desconocido ☐ Otro ☐

Procedencia del Animal: Comprado ☐ Regalado ☐ Encontrado ☐ Adoptado ☐

El animal fue vacunado? SI ☐ Fecha: ____ / ____ / ____ NO ☐ No sabe ☐

Laboratorio: Fecha de Envío ____ / ____ / ____ Resultado de Laboratorio: Positivo ☐ Negativo ☐

Circunstancias de la mordedura: _____

Estado del Animal a la fecha de consulta: Vivo ☐ Muerto ☐ Eutanasiado ☐ Otro ☐

Contactos: Mordió a otras personas en la última semana? SI ☐ NO ☐ No sabe ☐

El animal presenta síntomas de rabia? SI ☐ NO ☐ Describa cuales _____

3.- SEGUIMIENTO Y VIGILANCIA AL ANIMAL AGRESOR (mordedor)

Nombre y Apellidos del propietario del animal _____ Teléfono: Fijo/Móvil _____

Domicilio actual: _____

Conducta en relación al animal: Observación estricta ☐ Ninguna ☐ Otra ☐

Estado del Animal a los 14 días de observación: Vivo ☐ Muerto ☐ Eutanasiado ☐ Otro ☐

4.- CONDUCTA EN RELACION A LA PERSONA

Seguimiento ☐ Vacuna ☐ Suero ☐ Ninguna ☐ Otra ☐

5.- PROFILAXIS CON VACUNA ANTIRRÁBICA NACIONAL Cerebro Ratón Lactante (CRL)

A: Esquema reducido 10 dosis CRL

| FECHA | DOSIS | | | | | | | Refuerzos cada 10 días | | |
|-------|-------|------|------|------|------|------|------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | 1ra. | 2da. | 3ra. | 4ta. | 5ta. | 6ta. | 7ma. | A 10 días de la 7ma. Dosis R1 | A 10 días después del 1er. refuerzo | A 10 días después del 2do. refuerzo |
| | | | | | | | | | | |

B: Esquema Clásico: Suero antirrábico heterólogo y vacuna CRL 16 dosis

| FECHA | DOSIS | | | | | | | | | | | | | | 1er y 2do refuerzo | |
|-------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | 1ra | 2da | 3ra | 4ta | 5ta | 6ta | 7ma | 8vo | 9no | 10º | 11º | 12º | 13º | 14º | A 10 días después de la 14ta. dosis | A 10 días después del 1er. refuerzo |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

6.- FECHA DE NOTIFICACION Y SEGUIMIENTO


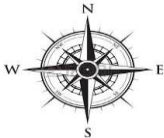
Fecha de notificación ____ / ____ / ____ Responsable del Tratamiento _____

Centro de Salud/Puesto de Salud: _____

Responsable, Seguimiento, vigilancia y control _____

Cochabamba, ____ / ____ / 20 ____

Sello y firma _____

| DOMICILIO DEL ANIMAL AGRESOR PARA VIGILANCIA Y CONTROL | DOMICILIO DEL PACIENTE PARA SEGUIMIENTO |
|--|--|
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: grid; grid-template-columns: 1fr 1fr 1fr; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px;"></div> </div> <div style="text-align: center;">  </div> </div> | <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: grid; grid-template-columns: 1fr 1fr 1fr 1fr; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px;"></div> </div> <div style="text-align: center;">  </div> </div> |
| SEGUIMIENTO Y VIGILANCIA AL ANIMAL AGRESOR POR 14 DIAS | OTRAS POSIBLES REFERENCIAS |
| Primer control Fecha ____ / ____ / 20____ Observaciones _____ _____ | OTRAS POSIBLES REFERENCIAS Barrio _____ _____ Distrito _____ _____ Avenida/Calle _____ _____ _____ _____ _____ _____ |
| Segundo control Fecha ____ / ____ / 20____ Observaciones _____ _____ | |
| Tercer control Fecha ____ / ____ / 20____ Observaciones _____ _____ | |
| Cuarto control Fecha ____ / ____ / 20____ Observaciones _____ _____ | |
| Quinto control Fecha ____ / ____ / 20____ Observaciones _____ _____ | |
| CONCLUSIONES DE LA VIGILANCIA.- | |
| _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | |
| _____ FIRMA Y SELLO del RESPONSABLE | |