



PERÚ  
Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

FICHA DE ENVÍO DE MUESTRA ANIMAL PARA DIAGNÓSTICO DE RABIA

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

1. GERESA/DIRESA/DIRIS: \_\_\_\_\_ 4. Distrito \_\_\_\_\_ 7. N° muestra \_\_\_\_\_  
 2. EESS: \_\_\_\_\_ 5. Teléfono \_\_\_\_\_  
 3. Dirección \_\_\_\_\_ 6. Correo electrónico \_\_\_\_\_

II. DATOS DEL ANIMAL

8. Especie: \_\_\_\_\_ 9. Edad:  NA 10. Sexo:  M Macho  H Hembra Raza: \_\_\_\_\_  
 11. Mordido:  Sí  No  Se desconoce 12. Con dueño:  Sí  No  
 Nombre del animal (Caso de perros o gatos): \_\_\_\_\_  
 13. Nombre del propietario: \_\_\_\_\_ Telf.: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

III. PROCEDENCIA

14. Dirección: \_\_\_\_\_ 16. Provincia \_\_\_\_\_  
 15. Departamento: \_\_\_\_\_ 18. Localidad: \_\_\_\_\_  
 17. Distrito: \_\_\_\_\_  
 19. Coordenadas: Longitud: \_\_\_\_\_ Latitud: \_\_\_\_\_ Altitud: \_\_\_\_\_

IV. ANTECEDENTES

20. Vacunación antirrábica  Sí  No  Se desconoce 21. Fecha de vacunación: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
**Datos de la muerte**  
 22. Fecha de muerte: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ 23. P Origen de la muestra  
 24. Fecha de toma de muestra: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Establecimiento de Salud   
**Encontrado muerto en:**  Vía pública  Servicio Veterinario  
 Domicilio  Otro: \_\_\_\_\_  
 Control por mordedor  Servicio veterinario  
 Servicio veterinario

V. OBSERVACIONES

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

VI. RESPONSABLE

Persona que toma la muestra: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**Firma y Sello**

VII. LABORATORIO.

Características de la muestra

25. Tipo			26. Condición		27. Cantidad	
Cuerpo completo	Cabeza	Cerebro	Apto	Descompuesto	Suficiente	Insuficiente

28. Fecha de recepción Lab. Reg. \_\_\_\_\_ 29. Fecha de recepción en lab. Nac. \_\_\_\_\_ 30. N° código Lab Nac \_\_\_\_\_

VIII. RESULTADOS DE LABORATORIO

31. Exámenes	32. Lab. de ref. regional	Fecha	33. Lab de ref. nacional	Fecha
Inmunofluorescencia directa		__/__/____		__/__/____
Prueba biológica				
PCR				

IX. RESPONSABLE

Nombre del profesional \_\_\_\_\_  
 N° Telf. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**Firma y Sello**