

FICHA CLINICA-EPIDEMIOLOGICA DE CASOS DE RABIA HUMANA

A) DATOS PERSONALES:

1. Nombres y Apellidos:	2. Edad:	3. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
4. Pais de residencia		5. Tipo de área
Departamento:	Provincia:	
Distrito	Ciudad/Localidad	
		<input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Ignorado

B. DATOS DE LA EXPOSICIÓN

Fecha de exposición : Día: ____ Mes: ____ Año: ____

6. Tipo de exposición en: <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Razuño(Arañazo) <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Ignorado Otra _____	7 Localización anatómica <input type="checkbox"/> Cabeza/Cara/Cuello <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Miembro Superior <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Miembro Inferior <input type="checkbox"/> Pulpejo de dedos	8 Tipo de lesión (Características de la lesión) <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Multiple <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Ignorado
		9. Fecha de exposición Día: ____ Mes: ____ Año: ____

10. Pais donde ocurrió la exposición :		11. Tipo de área
Departamento:	Provincia:	
Distrito	Ciudad/Localidad	
		<input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Ignorado

C. DATOS DEL ANIMAL CAUSANTE DE LA EXPOSICIÓN

12 Tipo (Especie): <input type="checkbox"/> Perro <input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Otro Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido	13. Control de animal mordedor: <input type="checkbox"/> Huido <input type="checkbox"/> Observado <input type="checkbox"/> Ignorado	14. Tipo de diagnóstico en el animal: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Ignorado	15. Método de diagnóstico: <input type="checkbox"/> IFD <input type="checkbox"/> Inoculación <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ignorado Especificar:.....
--	---	---	--

D. DATOS DEL TRATAMIENTO

16. ¿Se aplicó suero hiperinmune? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado	17. Si se aplico indique Dosis: ____ UI Peso del paciente: ____ Kg Fecha de aplicación: Día: ____ Mes: ____ Año: ____	18. Tipo de suero <input type="checkbox"/> Homólogo <input type="checkbox"/> Heterólogo <input type="checkbox"/> Ignorado
---	--	--

19. ¿Se aplicó vacuna antirrábica?

Si No Ignorado

Si se aplicó, indique en número de dosis _____

Fecha de 1era dosis día: ____ mes: ____ año: ____

Fecha de última dosis día: ____ mes: ____ año: ____

20. ¿Tipo de vacuna?

CRL Cultivo Celular Ignorado Otra: _____

Fabricante: _____ Lote N°: _____

E. DATOS DE LA ENFERMEDAD

21 Fecha de los primeros síntomas Día: ____ Mes: ____ Año: ____	22 Fecha de la muerte Día: ____ Mes: ____ Año: ____	23 Fecha del diagnóstico Día: ____ Mes: ____ Año: ____
24 Tipo de diagnóstico <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Ignorado	25 Método de diagnóstico de laboratorio <input type="checkbox"/> IFD <input type="checkbox"/> Inoculación <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Otro	
26 ¿Se caracterizó el virus? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado	27 Prueba de caracterización viral: <input type="checkbox"/> Tipificación antigénica (resultado) _____ <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> Análisis filogenético (resultado) _____ <input type="checkbox"/> Ignorado	

F. COMENTARIOS

G. DATOS DEL INFORMANTE

Pais _____ Cargo: _____ Nombre de la persona responsable _____ Cargo: _____ Entidad _____	_____ Firma y Sello	Fecha: ____/____/____
---	------------------------	-----------------------

