

PLANILLA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON ACCIDENTE POTENCIALMENTE RÁBICO

Definición de caso: Toda persona con cualquier tipo de herida (mordedura, rasguño) o lamedura de mucosas o de piel herida, producida por animales con rabia confirmada o animales con sintomatología compatible, por animales silvestres (especialmente murciélagos, zorros, monos, coatíes) o por perros, gatos, hurones domésticos imposibles de observar o no vacunados.

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____
Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Sexo: M F DNI: _____
Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino/a: _____
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: urbano rural domiciliario vía pública
Tipo de exposición: mordedura arañazo otro: _____
Región anatómica de la mordedura: dedos manos cara cabeza pies cuello miembros o tronco
Otros: _____

2.2 DATOS DEL ANIMAL

Animal doméstico, especifique cuál: _____
Propiedad del animal: propio de un familiar de un vecino/a de la calle otro: _____
En el momento del accidente el animal se encontraba: jugando con personas comiendo suelto
 con sus cachorros herido
El animal atacó sin razón aparente: SI NO
Animal silvestre, especifique cuál: _____
Otro (descripción breve situación): _____

Condición del animal:

- Observable (doméstico vivo): envió a control antirrábico veterinario.
 No observable (silvestre y/o doméstico desaparecido): indicar vacuna.
(doméstico y/o silvestre muerto): envió 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

PLANILLA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON ACCIDENTE POTENCIALMENTE RÁBICO

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 de profesional notificante: _____

Establecimiento notificante: _____

Teléfono: _____ fax: _____ e-mail: _____

Localidad: _____ Departamento: _____

Fecha de notificación: ___/___/___

Firma y sello de médico/a: _____