

## Ficha de notificación de Accidente Potencialmente Rábico

### 1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: **SANTA FE** Departamento: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Establecimiento Notificante: \_\_\_\_\_ Fecha de Notificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Apellido y Nombre del Profesional: \_\_\_\_\_  
 Tel.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### 2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  DNI: \_\_\_\_\_  
 Domicilio actual: \_\_\_\_\_ Tel. propio o vecino: \_\_\_\_\_  
 Referencia de ubicación Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
 Urbano  Rural  Departamento \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

### 3. DATOS DE EXPOSICIÓN

Fecha de la exposición \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Fecha de primera consulta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Lugar donde ocurrió la exposición:

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

**Ámbito:** rural  urbano  domiciliario  vía pública

**Tipo de exposición:** Mordedura  Otros \_\_\_\_\_

#### Región anatómica de la mordedura:

dedos  manos  pies  cuello  cara  cabeza  miembros  torso  Otros \_\_\_\_\_

#### Datos del animal sospechoso:

Especie animal perro  gato  murciélago  Otro \_\_\_\_\_

Estado del animal vivo  muerto  desconocido

Observación antirrábica Si  No

### 4. TRATAMIENTO

Tratamiento local de la herida Si  No  Sutura Si  No

Administración de antibióticos Si  No Cuál? \_\_\_\_\_

#### Tratamiento antirrábico post exposición

Vacunación Si  No  N° dosis indicadas \_\_\_\_\_ N° dosis aplicadas \_\_\_\_\_

Gamma-globulina Si  No  Dosis \_\_\_\_\_

## TALONARIO PARA LA APLICACIÓN DE VACUNAS ANTIRRABICAS HUMANAS PARA PROFILAXIS POST-EXPOSICION.

**NOMBRE Y APELLIDO:**

**DNI:**

**FECHA Y LUGAR DE LA MORDEDURA:**

**TRATAMIENTO ANTIRRABICO: APLICAR INYECCIONES EN FORMA INTRAMUSCULAR EN EL DELTOIDES.**

Cuadro de dosis los día 0, 7,21– (el día cero es aquel en el cual se aplica doble dosis)

Esquema de vacunación	<b>0</b> <b>DOS DOSIS</b>	<b>07</b> <b>UNA DOSIS</b>	<b>21</b> <b>UNA DOSIS</b>
	Firma:	Firma:	Firma:
	Ctro Salud:	Ctro Salud:	Ctro Salud:

- LA VACUNA DEBE CONSERVARSE EN LA HELADERA, NO CONGELAR
- NO APLICAR CORTICOIDES

**FINALIZADO EL TRATAMIENTO REMITIR ESTE COMPROBANTE**

.....  
Firma y Sello Médico

Programa Provincial de Control de Zoonosis y Vectores  
Bv. Gálvez 1563 – 1er Piso – CP. 3000 – Santa Fe  
Teléfono: 0342 4573795  
E mail: [zoofe9@hotmail.com](mailto:zoofe9@hotmail.com)