

Caso sospechoso de RABIA ANIMAL RABIA HUMANA
Caso de PERSONA MORDIDA O CON RIESGO DE EXPOSICIÓN AL VIRUS RÁBICO

SE:		Fecha de notificación: ___/___/___	
Fecha del evento: ___/___/___	Fecha consulta: ___/___/___	Internación: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha ingreso: ___/___/___
Institución:		Sector:	Tel: int.:

Datos del caso

CI:	Nombres y apellidos (en imprenta):		
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Fecha nacimiento: ___/___/___	Edad: ___ años <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> días <input type="checkbox"/> (señale lo que corresponda)	
Dirección:		Barrio:	
Departamento:	Localidad:	Tel/cel:	

Datos del notificador

Nombre y apellido:	Notifica como:	Cel:
--------------------	----------------	------

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Datos clínicos y epidemiológicos:

De haber sido mordido, ¿cuál fue el animal involucrado?: perro gato murciélago

Otro (especifique):

NOTA: la mordedura de roedores no es de notificación, dado que no es de riesgo para esta enfermedad.

Lugar del cuerpo lesionada (especifique):

cabeza, cara o cuello brazo o antebrazo mano miembros inferiores tronco

Indique si la lesión es: leve moderada severa

En caso de mordedura de **perro o gato**, ¿es posible observar al animal por 10 días? SI NO

Si NO es posible, ¿se le recomendó la vacuna antirrábica al paciente? SI NO

En caso de mordedura de **perro**, señale si el animal es propio SI NO

En caso de mordedura de **murciélago u otro animal silvestre**,

¿se le recomendó vacunación e inmunoglobulina antirrábica al paciente? SI NO

NOTA:

- La vacuna requiere receta médica y está disponible en todo el país a través de la Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa.
- En Montevideo, se administra en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, sector Vacunas Especiales, de lun. a vie. de 8.30 a 13.00h.
- La administración de inmunoglobulina debe coordinarse con el Dpto. de Vigilancia en Salud del Ministerio de Salud, Tel: 1934.4010.

Evolución del caso

Requirió internación en CTI SI NO Egreso: alta fallecimiento Fecha: ___/___/___

Diagnóstico final: _____	C.P.:
Clasificación (cuando corresponda): confirmado <input type="checkbox"/> descartado <input type="checkbox"/> eliminado <input type="checkbox"/> incompletamente estudiado <input type="checkbox"/>	Nº Reg: