



IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador: Provincia: Departamento:

Fecha de notificación: / / Apellido y nombre del notificador

Teléfono: Correo electrónico:

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Tipo de documento: DNI ☐ DE ☐ IND ☐ N° Apellido y Nombre:

Teléfono: Fecha de nacimiento: ____/____/____

Lugar de residencia: Provincia Departamento: Localidad:

Domicilio: Calle / Mza: N° Piso: Depto: Cód. Postal:

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de primera consulta ____/____/____ Internado SI ☐ NO ☐ Fecha ____/____/____ Persona Gestante SI ☐ NO ☐

SIGNOS Y SINTOMAS

Fecha del accidente: ____/____/____

Tipo de accidente	
No significativo (contacto con la boca o saliva del animal en piel intacta)	☐
Leve (herida superficial que no involucre cabeza, cara, cuello, manos, pies y genitales)	☐
Grave (heridas profundas, múltiples o extensas en cabeza, cara, cuello, en manos, pies y/o genitales; cualquier tipo de herida producida por mamíferos silvestres)	☐

PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN - TRATAMIENTO

Immunoglobulina antirrábica: SI ☐ NO ☐ Fecha de inicio: ____/____/____ Fecha fin: ____/____/____

Vacuna antirrábica PPE 1er Dosis: ☐ 2da Dosis: ☐ 3er Dosis: ☐ 4er Dosis: ☐ Fecha ____/____/____

INTERNACIÓN

Fecha de internación ____/____/____ Cuidados intensivos SI ☐ NO ☐
Condición de alta o egreso: Curado/Mejorado: SI ☐ NO ☐ Fallecido: SI ☐ NO ☐ Fecha ____/____/____

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Antecedente de Viaje	País	Animal que produjo el APR	☐ Contacto con murciélago
	Provincia		☐ Contacto con perro - Sin vacunar
	Localidad		☐ Contacto con gato - Sin vacunar
	Fecha Inicio		☐ Contacto con perro - Vacunado
	Fecha Fin		☐ Contacto con gato - Vacunado
Ámbito del APR	☐ Vía Pública		☐ Contacto con animal silvestre (zorro, coati, otros)
	☐ Domicilio		☐ Contacto con animal de importancia económica (bovino, equino)
	☐ Lugar de Viaje		☐ Animal agresor disponible para observación antirrábica
	☐ Otro		☐ Animal agresor no disponible para observación antirrábica

OBSERVACIONES

.....
.....
.....

CLASIFICACIÓN DE CASO

☐ Caso confirmado ☐ Caso invalidado por epidemiología

Nombre y apellido del notificador

Firma