

Anexo 9
Ficha Clínico Epidemiológica de caso de Rabia Humana

A) DATOS PERSONALES				
1. Nombres y apellidos:		2. Edad: _____	3. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
4. País de residencia		5. Tipo de área <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Ignorado		
Departamento:	Provincia:			
Distrito:	Ciudad/Localidad			
B) DATOS DE LA EXPOSICIÓN				
6. Tipo de exposición: <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Rasguño <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Ignorado Otra _____	7. Localización anatómica: (Marque todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> Cabeza/Cara/Cuello <input type="checkbox"/> Pulpejo de los dedos <input type="checkbox"/> Miembro superior <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Miembro inferior <input type="checkbox"/> Ignorado	8. Tipo de lesión <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Múltiple <input type="checkbox"/> Ignorada <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Ignorada		
		9. Fecha de la exposición: Día: _____ Mes: _____ Año: _____		
10. País donde ocurrió la exposición:		11. Tipo de área <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Ignorado		
Departamento:	Provincia:			
Distrito:	Ciudad/Localidad			
C) DATOS DEL ANIMAL CAUSANTE DE LA EXPOSICIÓN				
12. Tipo: Perro <input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro Especificar: <input type="checkbox"/> Desconocido	13. Condición del animal mordedor <input type="checkbox"/> Huido <input type="checkbox"/> Observado <input type="checkbox"/> Ignorado	14. Tipo de diagnóstico en este animal: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Ignorado	15. Método de diagnóstico <input type="checkbox"/> I. F. D <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"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado	17. Si se aplicó, indique Dosis: _____ U.I. 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"/> <input type="checkbox"/> Ignorado		
19. ¿Se aplicó vacuna antirrábica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado		Fecha 1º dosis: día _____ mes _____ año Si se aplicó, indique números de dosis: _____ Fecha última dosis: día _____ mes _____ año		
20. Tipo de vacuna: CRL <input type="checkbox"/> Cultivo celular <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> 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 del diagnóstico: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Ignorado	25. Método de diagnóstico de laboratorio I. F. D <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. Pruebas de caracterización viral: <input type="checkbox"/> Tipificación antigénica (Variante) _____ No se hizo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Análisis Filogenético (resultado) _____ Ignorado <input type="checkbox"/>			
28. ¿Cuántas personas (personal médico, familiares, etc.) recibieron profilaxis antirrábica por exposición a este paciente?				
F) COMENTARIOS				
G) DATOS DEL INFORMANTE				
29. País:	30. Cargo:			
31. Apellidos y Nombres:	32. Firma			
33. Entidad:	34. Fecha: ____/____/____			