



Código: Fecha de notificación al nivel inmediato superior ____/____/____ Fecha de investigación del caso ____/____/____

I. DATOS GENERALES

DISA _____ Red _____ Establecimiento notificante _____
Captación del caso: Pasiva () Activa ()

II. DATOS DEL PACIENTE

Apellido paterno _____ Apellido materno: _____ Nombre: _____
Edad: _____ Años () Sexo: M () F ()
Meses () Si es menor de 1 año anotar meses
Días () Si es menor de 1 mes anotar días

Si es menor de edad, anotar el nombre del padre, madre o apoderado: _____
Ocupación: _____

Domicilio actual

Departamento _____
Provincia _____
Distrito _____
Localidad _____
Zona de residencia: Urbana () Rural ()

Zona: [] _____
(especificar nombre)
Vía: [] _____
(especificar nombre)
Número/km./mz. _____
Int/Dep/Lote _____

Para los residentes en otros países:

País de origen: _____ Fecha de ingreso al país ____/____/____

III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

¿En qué localidad o pueblo tuvo el contacto?

Departamento _____
Provincia _____
Distrito _____
Localidad _____
Zona de residencia: Urbana () Rural ()

Zona: [] _____
(especificar nombre)
Vía: [] _____
(especificar nombre)
Número/km./mz. _____
Int/Dep/Lote _____

DATOS DE LA INFECCIÓN RÁBICA Y TRATAMIENTO

Exposición al virus por:
Mordedura () Contacto () Ignorado ()
Si es mordedura:
Localización _____
Herida: única () múltiple ()
Tipo: superficial () profunda ()

Fecha de la exposición: ____/____/____
Tenía vacunación anterior: Si () No () Desconocido ()
Se aplicó antirrábica: Si () No () Desconocido ()
Fecha de aplicación del suero: ____/____/____
Fecha de la 1era dosis de vacuna: ____/____/____
Fecha última dosis de vacuna: ____/____/____
Número de dosis aplicadas: ____/____/____

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha de inicio de los primeros síntomas: ____/____/____
Fecha de la muerte: ____/____/____
Medios de confirmación diagnóstica:

DATOS DE LA VACUNA UTILIZADA

Tipo de vacuna: _____
Laboratorio productor: _____
Nº de lote: _____

DATOS DEL ANIMAL CAUSANTE DE LA EXPOSICIÓN

Especie _____ Condición del animal mordedor: _____ Si es rabioso se confirmó por laboratorio:
Perro () Escapado () Observado () No se informó () Si ()
Gato () Rabioso: Si () No () No se informó () No ()
Otro () Especificar: _____ No se informó ()
Desconocido ()

IV) DATOS PARA INVESTIGACIÓN (SI EL PACIENTE RECIBIÓ VACUNA)				
¿Existen muestras disponibles de vacuna utilizada? Si () No () No sabe ()	Suero sanguíneo del paciente Si () No () No sabe () ¿Tejido nervioso? Si () No () No sabe ()	¿A quién se puedes solicitarlas muestras? _____		
VI. CLASIFICACIÓN (Marque con una "X")				
Clasificación del caso probable: Fecha: ____/____/____				
Clasificación	Sospechoso	Probable	Confirmado	Caso descartado [Anotar la causa]
Rabia	[]	[]	[]	
VI) OBSERVACIONES				
Nombre de la persona que investiga el caso: _____ Cargo _____ Firma _____				

Oficina General de Epidemiología - MINSA

Correo electrónico: notificacion@oge.sld.pe Telefax 01-4330081

Jr. Camilo Carrillo 402 Jesús María Lima 11

Dirección electrónica: <http://www.oge.sld.pe>

INFOSALUD 0800-10828

Es una línea gratuita de notificación desde cualquier teléfono fijo o público de Telefónica