

**MINISTERIO DE SALUD**  
OFICINA GENERAL DE  
EPIDEMIOLOGÍA

**RABIA URBANA Y SILVESTRE**  
**CIE10: 82.1, CIE10: A82.0**  
**FICHA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA**



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

**I. DATOS GENERALES**

DISA \_\_\_\_\_ Red \_\_\_\_\_ Establecimiento notificador \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Zona<sup>r</sup>: [ ] \_\_\_\_\_

(especificar nombre)

Provincia \_\_\_\_\_

Vía<sup>s</sup>: [ ] \_\_\_\_\_

(especificar nombre)

Distrito \_\_\_\_\_

Número/km./mz. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

Int/Dep/Lote \_\_\_\_\_

Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )

**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 \_\_\_\_\_

Zona<sup>r</sup>: [ ] \_\_\_\_\_

(especificar nombre)

Provincia \_\_\_\_\_

Vía<sup>s</sup>: [ ] \_\_\_\_\_

(especificar nombre)

Distrito \_\_\_\_\_

Número/km./mz. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

Int/Dep/Lote \_\_\_\_\_

Zona de residencia: Urbana ( ) Rural ( )

**DATOS DE LA INFECCIÓN RÁBICA Y TRATAMIENTO**

Exposición al virus por:

Fecha de la exposición: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Mordedura ( ) Contacto ( ) Ignorado ( )

Tenía vacunación anterior: Si ( ) No ( ) Desconocido ( )

Si es mordedura:

Se aplicó antirrábica: Si ( ) No ( ) Desconocido ( )

Localización \_\_\_\_\_

Fecha de aplicación del suero: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Herida: única ( ) múltiple ( )

Fecha de la 1era dosis de vacuna: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tipo: superficial ( ) profunda ( )

Fecha última dosis de vacuna: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de dosis aplicadas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

Fecha de inicio de los primeros síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATOS DE LA VACUNA UTILIZADA**

Fecha de la muerte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tipo de vacuna: \_\_\_\_\_

Medios de confirmación diagnóstica:

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?      Suero sanguíneo del paciente      ¿A quién se puedes solicitarlas muestras?  
Si ( ) No ( ) No sabe ( )      Si ( ) No ( ) No sabe ( ) \_\_\_\_\_  
¿Líquido Céfalorraquídeo del paciente?      ¿Tejido nervioso?  
Si ( ) No ( ) No sabe ( )      Si ( ) No ( ) No sabe ( )

**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