

**Anexo 9**  
**Ficha Clínico Epidemiológica de caso de Rabia Humana**

<b>A) DATOS PERSONALES</b>			
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>B) DATOS DE LA EXPOSICIÓN</b>			
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		
<b>C) DATOS DEL ANIMAL CAUSANTE DE LA EXPOSICIÓN</b>			
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"/> Clínico <input type="checkbox"/> Observado <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Ignorado	14. Tipo de diagnóstico en este animal:  <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?	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?      Fecha 1º dosis: día \_\_\_\_ mes \_\_\_\_ año

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado	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 Nº: \_\_\_\_\_

**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 antigenica (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: ____ / ____ / ____