

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    Heterólogo <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> Ignorado
19. ¿Se aplicó vacuna antirrábica? <span style="float: right;">Fecha 1º dosis: día _____ mes _____ año</span>  <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:  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>CRL <input type="checkbox"/></span> <span>Cultivo celular <input type="checkbox"/></span> <span>Ignorado <input type="checkbox"/></span> <span>Otra _____</span> </div> 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:  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Tipificación antigénica (Variante) _____             <div>No se hizo <input type="checkbox"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Análisis Filogenético (resultado) _____             <div>Ignorado <input type="checkbox"/></div> </div>	
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: ____ / ____ / ____	