

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

Apellidos Paterno _____ Apellidos materno: _____ Nombres: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____.
Edad _____ Años [] 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: _____
Provincia _____	(especificar nombre)
Distrito _____	Via _____
Localidad _____	(especificar nombre)
Zona de residencia: Urbana () Rural ()	Nombre/km/mz _____
	Int/Dep/Lote _____

Para los residentes en otros países:

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

III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

¿En que localidad o pueblo tuvo el contacto?

Departamento _____	Zona: _____
Provincia _____	(especificar nombre)
Distrito _____	Via _____
Localidad _____	(especificar nombre)
Zona de residencia: Urbana () Rural ()	Nombre/km/mz _____
	Int/Dep/Lote _____

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: ____/____/____
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	Suero sanguíneo del paciente	¿A quién se puede solicitar la muestra?
Vacuna utilizada?	Si () No () No sabe ()	_____
Si () No () No sabe ()	¿Tejido nervioso?	
¿Líquido Cefalorraquídeo del paciente?	Si () No () No sabe ()	
Si () No () No sabe ()		

VII. CLASIFICACIÓN (Marque con una "X")

Clasificación final del caso probable: Fecha: ____/____/____

Clasificación	Sospechoso	Probable	Confirmado	Caso descartado (Anotar la causa)
Rabia	()	()	()	

VIII. OBSERVACIONES:

Nombre de la persona que investiga el caso: _____
Cargo _____ Firma _____