

**ACCIDENTE POTENCIALMENTE
RÁBICO (APR)**
Ley 15465/60. Ficha Versión 2024**Definición de caso**

Toda persona con cualquier tipo de herida (mordedura, rasguño) o lamedura de mucosas o de piel herida, producida por animales con rabia confirmada o animales con sintomatología compatible, por animales silvestres (especialmente murciélagos, zorros, monos, coatis) o por perros, gatos, hurones domésticos imposibles de observar o no vacunados.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ DNI: _____

Domicilio: _____ Barrio: _____ Localidad: _____

Teléfono: _____

Departamento: _____ Provincia: _____ País: _____

En caso que el paciente sea un menor, o este incapacitado para responder, se deberá consignar quien brinda la información:

Madre: Padre: Otros: _____**DATOS CLÍNICOS**

Fecha del primera consulta: ____/____/____

Internado SI NO Persona gestante SI NO **SIGNOS Y SÍNTOMAS**

Fecha del accidente: ____/____/____

Tipo de accidente**No significativo:** (Contacto con la boca o saliva del animal en piel intacta)**Leve:** (Herida superficial que no involucre cabeza, cara, cuello, manos, pies y genitales).**Grave:** (Heridas profundas, múltiples o extensas en cabeza, cara, cuello, manos, pies y genitales; cualquier tipo de herida producida por mamíferos silvestres)**PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN - TRATAMIENTO**

Fecha de inicio: ____/____/____

Fecha fin: ____/____/____

Inmunoglobulina antirrábica: SI NO Vacuna antirrábica PPE 1er Dosis: 2da Dosis: 3er Dosis: 4er Dosis: Fecha: ____/____/____**INTERNACIÓN**Fecha de internación ____/____/____ Cuidados intensivos SI NO Condición de alta o egreso: Curado/Mejorado SI NO Fallecido: SI NO Fecha: ____/____/____**DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

Antecedente de Viaje	Pais	Animal que produjo el APR	<input type="checkbox"/> Contacto con murciélago
	Provincia		<input type="checkbox"/> Contacto con perro- sin vacunar
	Localidad		<input type="checkbox"/> Contacto con gato- sin vacunar
	Fecha de inicio ____/____/____		<input type="checkbox"/> Contacto con perro- vacunado
	Fecha de fin ____/____/____		<input type="checkbox"/> Contacto con gato- vacunado
Ámbito del APR	<input type="checkbox"/> Vía Pública	<input type="checkbox"/> Contacto con animal silvestre (zorro, coati, otros)	
	<input type="checkbox"/> Domicilio	<input type="checkbox"/> Contacto con animal de importancia económica (bovino, equino)	
	<input type="checkbox"/> Lugar de viaje	<input type="checkbox"/> Animal agresor disponible para observación antirrábica	
	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Animal agresor no disponible para observación antirrábica	

DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre de Profesional: _____

Establecimiento Notificación: _____

Tel: _____ Localidad: _____

e- mail: _____

Fecha: ____/____/20____

firma y sello del notificador