

RABIA HUMANA

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

Definición de caso**Sospechoso de rabia humana:** Toda persona con sintomatología compatible con rabia humana (excitabilidad, espasmos musculares generalizados, hidrofobia por espasmo de faringe, fonofobia, fotofobia, convulsiones, alteraciones sensoriales e hiperestesia o hipoestesia), con antecedente desconocido de exposición a virus rábico.**Probable de rabia humana:** Caso sospechoso de rabia humana con antecedente de exposición al virus rábico.**Confirmado de rabia humana:** Caso sospechoso o probable en que se demostró virus rábico a través del estudio por laboratorio.**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo al nacer: M F Indeterminado Sexo legal: M F No binario Género: Mujer CIS Varón CIS Mujer Trans Varón Trans Desconocido

Domicilio: _____ Barrio: _____ Localidad: _____

Teléfono Propio o vecino: _____

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 inicio de los síntomas: ____/____/____

Fecha de consulta: ____/____/____

Tipo de lesión**Leve:** Herida superficial que no involucre cabeza, cara, cuello, manos, pies y genitales. Lameduras de piel con heridas superficiales (no hay sangrado ni es puntiforme). **Grave:** Heridas en cabeza, cara, cuello. Heridas en manos, pies y/o genitales. Heridas profundas, múltiples o extensas en cualquier región del cuerpo (hay sangrado y es puntiforme). Lamedura de mucosas o de piel donde ya existe herida grave. Cualquier tipo de herida producida por mamíferos silvestres. **Región anatómica de la mordedura**cabeza cara cuello manos pies genitales **Signos y síntomas**Ninguno Angustia Cefalea Alteración sensorial Excitación Hiperestesia Fotofobia Midriasis Hipersalivación Parálisis músculos respiratorios Coma Muerte **DATOS DE LABORATORIO**Toma de muestra Si No

Fecha: ____/____/____

Tipo de muestra cerebro suero L.C.R

Técnica		Resultado
Detección de antígeno	I.F.D	
	Inoculación a ratones	
Serología	IFI	
	ELISA	
	CIE	
	Seroneutralización	

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Factores de riesgo/Vías más probables de transmisión/ otros antecedentes de interés.

Animal agresor disponible Si No Vivo Muerto Obs. antirrábica Si No
Animal antecedentes epidemiológicos de riesgo Si No
Contacto con perro, gato o hurón, vacunar Si No
Contacto con perro, gato o hurón, sin vacunar Si No
Contacto con equinos, bovinos, ovinos Si No
Contacto con animal silvestre capaz de transmitir rabia Si No
Contacto con murciélago Si No

Lugar donde se encontró al animal

Trabajo Deportes y recreación Hotelería y alojamiento Vía pública
Comercio Educación Salud Rural
Cultura y espectáculos Gastronomía Transporte

ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Individual

Tratamiento local de la herida Si No
Administración de antibiótico Si No Cuál? _____
Tratamiento antirrábico post exposición
Vacunación Si No Dosis/aplicación _____ N° de aplicaciones _____ Lote _____
Tipo de vacuna _____ Reacción adversa Si No Cuál? _____
Gamma-globulina Si No Dosis _____

Comunitaria

Búsqueda de personas expuestas al mismo riesgo con heridas Si No N° personas _____
Búsqueda de contactos con heridas expuestas a la saliva del paciente Si No N° contactos _____
Vacunación antirrábica focal en caninos y felinos de esa localidad frente a un brote de rabia urbana Si No N° dosis aplicada _____

EVOLUCIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL CASO

Paciente hospitalizado Si No Se ignora Fecha hospitalización: ____/____/____
Favorable Complicaciones neurológicas post vacunales Fallecido Fecha : ____/____/____

DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre de Profesional: _____
Establecimiento Notificación: _____
Tel: _____ e- mail: _____
Localidad: _____
Fecha: ____/____/ 20____

firma y sello del notificador