

# Denuncia de accidente por mordedura de animales

Caso sospechoso de APR por mordedura, contacto o lamadura de mucosa producida por perros, gatos, murciélagos u otros animales silvestres.

## 1. DATOS DEL DECLARANTE

Número de folio de la denuncia sanitaria o caso-origen: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Establecimiento notificante: \_\_\_\_\_ Fecha de notificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Apellido y nombre del profesional: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

## 2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  DNI: \_\_\_\_\_  
Domicilio actual: \_\_\_\_\_ Tel. propio o vecino: \_\_\_\_\_  
Referencia de ubicación domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Urbano  Rural  Partido \_\_\_\_\_

## 3. DATOS CLINICOS DEL PACIENTE

Fecha del evento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de primera consulta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Región anatómica de la mordedura:**  
Cabeza, cuello o yema de dedos  Miembros superiores  Otros \_\_\_\_\_  
**Descripción de la lesión:** \_\_\_\_\_  
Inmunocompromiso: \_\_\_\_\_ Vacuna antitetánica previa Si  No  Fecha última dosis \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS – CONTROL VETERINARIO DEL ANIMAL AGRESOR

**Lugar donde ocurrió la mordedura:**  
Domicilio / Localidad \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
**Datos del animal sospechoso:**  
Especie animal Perro  Gato  Murciélago  Otra especie silvestre o doméstica: \_\_\_\_\_  
Estado del animal Vivo  Muerto  Desconocido   
En caso de animal muerto, se remite muestra para diagnóstico de rabia? Si  No  N° folio de la muestra \_\_\_\_\_  
Si es canino o felino, está disponible para observación antirrábica?: Si  No   
Nombre y apellido del propietario del animal agresor: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Antecedentes de viaje del animal: Si  No  Donde? \_\_\_\_\_  
Vacunado contra la rabia Si  No  Fecha de última vacuna antirrábica \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha inicio observación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha finalización de observación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Resultado de la observación: \_\_\_\_\_  
Firma y sello del veterinario

## 5. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

**Individual**  
Tratamiento local de la herida Si  No   
Administración de antibióticos Si  No  Cuál? \_\_\_\_\_  
Tratamiento antirrábico post exposición  
Vacunación Si  No  Dosis/ aplicación \_\_\_\_\_ N° de aplicaciones \_\_\_\_\_  
Tipo de vacuna/ Lote \_\_\_\_\_ Reacción adversa Si  No  Cuál? \_\_\_\_\_  
Gamma-globulina Si  No  Dosis \_\_\_\_\_ Carga APR en el SISA? Si  No

## 6. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente hospitalizado: Si  No  Ambulatorio  Fecha hospitalización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico