

NTS N° 131 - MINSA/2017/DGIESP

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA RABIA HUMANA EN EL PERÚ

Anexo N° 09

FICHA N° 1: ATENCIÓN DE PERSONAS EXPUESTAS AL VIRUS RÁBICO

FICHA DE PERSONA N° FICHA DEL ANIMAL N°

Historia Clínica N° Especie: Raza.....
 Fecha de la atención Localizado ()
 Fecha del Accidente de mordedura o exposición..... Huido ()
 Distrito del Accidente: Muerto ()

DATOS DE LA PERSONA: POS EXPOSICIÓN () PRE-EXPOSICION ()

Nombres y apellidos Peso en Kg:

Edad Sexo Grado de instrucción:..... DNI:.....

Domicilio:.....
 Calle Localidad Distrito Provincia

Referencia de la vivienda Telf..... E-mai:

Nombre persona acompañante: DNI:.....

CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN Y ATENCIÓN

Mordedura () arañazo () contacto ()

Localización: Cara () Cabeza () Cuello () Pulpejo de dedos de manos () Manos ()

Extremidad superior () Tórax () Abdomen () Pelvis () Genitales ()

Extremidad inferior () Pulpejo de dedos de pies ()

Descripción.....

Protección; Cubierta () Descubierta () Número: Única () Múltiple ()

Tipo: Superficial () Profunda () Estado de la herida: Infeccionada () No infeccionada ()

Atención de la herida: Inmediata () Tardía () ninguna () Lugar: casa () servicio de salud () otros ()

Antecedentes de vacunación: Si () No () Fecha..... N° de dosis:.....

Alérgico: Si () No () ignora () Enfermedad actual: Si () No () Descripción:

ESTADO Y UBICACIÓN DEL ANIMAL

Propio () Farn/amig () Vecino () Comunitario () Vago () Otro ().....

Especie de animal agresor: can () felino () murciélago () simio () bovino () rata () Otro ()

En observación () Aparentemente sano () Síntomas de rabia () Muerto () Desconocido ()

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA RABIA HUMANA EN EL PERÚ

TIPO DE LA EXPOSICIÓN: Sin exposición () Leve () Grave ()

CONTROL DEL TRATAMIENTO VACUNA ANTIRRÁBICA (volumen de la dosis según el laboratorio productor 0.5 o 1 cc)			
Dosis	Fecha	Tipo / lote	Observaciones
1°			
2°			
3°			
4°			
5°			

CONTROL DEL TRATAMIENTO CON SUERO ANTIRRÁBICO		
Dosis	Fecha	Tipo / lote
Dosis Suero Heterólogo 40 UI/Kg peso		
Peso del paciente:		
Dosis en UI:		
Establecimiento donde se aplicó:		

PRESCRIPCIÓN MÉDICA	FECHA	FIRMA	SELLO
Curación de herida	()		
Indicación profilaxis antirrábica humana			
Vacunación antirrábica post exposición esquema estándar de OMS			
- Essen: 5 dosis (1 dosis vía Intramuscular los días 0, 3, 7, 14 y 28	()		
Refuerzos () N° de Dosis () días:.....	()		
Iniciar con 2 dosis de vacuna de cultivo celular los días 0-3	()		
Suspender vacunación antirrábica	()		
Aplicar suero antirrábico heterólogo 40 UI x Kg de peso corporal	()		
Continuar vacunación antirrábica: N° de dosis () días.....	()		
Abandono recuperado N° dosis () días.....	()		
Vacunación pre-exposición: N° de dosis () días.....	()		
Indicación Vacunación antitetánica : N° de dosis()	()		

REFERENCIA:.....

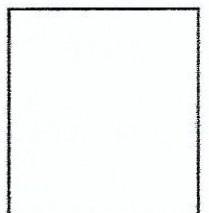
OBSERVACIONES

.....

COMPROMISO DEL PACIENTE

Me comprometo a cumplir con las indicaciones médicas, recibir tratamiento antirrábico y acudir al establecimiento de salud en las fechas programadas o si me citan, dejando constancia que mi Incumplimiento será de mi entera responsabilidad conforme lo estipula la ley.

Huella Digital



Nombre y Firma del paciente o persona responsable:.....

DNI:

Lugar y fecha..... Cita.....



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este

NTS N° 131 - MINSA/2017/DGIESP

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA RABIA HUMANA EN EL PERÚ

Anexo N° 10

FICHA N° 2: NOTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE POR MORDEDURA

CONTROL DEL ANIMAL:

Ficha del animal N°

Especie agresora:

En servicio de Salud ()

Fecha de la denuncia:.....

En domicilio ()

Fecha de mordedura:.....

Práctica privada ()

Fecha término de control:.....

Médico Veterinario responsable:.....

CMVP N°.....

DEL PROPIETARIO:

Nombre:.....

Dirección:..... Telf.

Referencia domiciliaria:.....

DEL ANIMAL:

Nombre:..... Edad:..... Sexo:..... Tamaño:.....

Color..... Raza:.....

Vacunado: SI () Fecha:.....NO () No sabe ()

CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE:

En domicilio () En vía pública ()

Provocada () Sin causa justificada ()

ANTECEDENTES DEL ANIMAL AGRESOR:

Ha mordido a otros animales o personas: SI () NO () No sabe ()

Ha notado algún cambio en el comportamiento: SI () NO () No sabe ()

Otra Información:

.....

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA RABIA HUMANA EN EL PERÚ

DÍAS DE OBSERVACIÓN: perros y gatos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1er control									
2do control									
3er control									

Anote según corresponda: **Aparentemente sano (AS)** **Sospechoso de rabia (SR)** **Murió (M)**

RESULTADOS DE CONTROL: De alta AS () desaparecido () En laboratorio ()
Otro.....

Firma y sello del responsable:.....

DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO

Muestra N°.....Fecha de envío:.....Oficio N°.....

RESULTADOS:

EXAMEN	RESULTADO	FECHA
Inmunofluorescencia		
Prueba biológica		

Responsable de la información:.....