



DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA
JUNIN Y TUCUMAN
TE: 03752-447799//447814

RABIA

Lugar y fecha:.....

Establecimiento:.....

Nombre y Apellido:.....DNI..... Edad:

Localidad donde se produjo la mordedura:

Fecha de la mordedura:.....Sitio y característica:.....

.....

TRATAMIENTO

Fecha de la iniciación:Tipo de vacuna:

Vacuna:(*)

Vacuna y suero:

Suero solamente:.....

Procedencia de la vacuna y.....(**).....

Termino tratamiento: N° de Inyecciones:

Abandono tratamiento: Fecha:

Numero de suero aplicado: (en Mg.).....

Esquema de vacunación: (***).....

Establecimiento que practico la vacunación:

EVOLUCION

Curado sin complicaciones:

Complicaciones neuromusculares por vacunas:

.....

Fallecido:

ANIMAL MORDEDOR Perro Gato Mono Otros, cual.....

Rabioso

Desaparecido

No rabioso

.....

(*) indicar si es tipo simple, cerebro de ratón lactante, de pato u otra.

Indicar método de inactivación: (Fenol, betapropiolactona, irradiación ultravioleta, etc.) Y volumen en ml de la dosis unitaria.

(**) Indicar laboratorio productor y N° de lotes.

(***) Indicar las normas vigentes en el país.