



**FICHA DE ATENCION DE PACIENTES MORDIDOS**

**NOMBRE Y APELLIDO:**

**EDAD:**

**DOMICILIO:**

**TEL:**

**LOCALIDAD:**

**PARTIDO:**

**BARRIO:**

**DNI:**

**FECHA MORDEDURA:**

**FECHA CONSULTA:**

**OBSERVACIONES:**

**CUIDADOS BASICOS DE LA HERIDA**

• **TRATAMIENTO DE LA HERIDA**

- Sutura   
Cura Plana   
Sin tratamiento

• **ANTIBIOTICOS**

- NO   
SI   
¿Cuál?

• **DOBLE ADULTOS**

- Completa   
Incompleta   
Sin Vacunar   
Antitetánica: SI  NO

ANIMAL	TIPO DE HERIDA	POSIBILIDAD DE OBSERVACION	PROFILAXIS
<b>MURCIELAGO O MONO</b> <b>(<u>NOTIFICACION URGENTE</u>)</b>	Cualquier contacto	NO	SIEMPRE Vacuna + gammaglobulina antirrábica
<b>RATA, RATÓN, CONEJO</b> <b>(Consultar siempre)</b>	Cualquier contacto. Leve o grave	NO	NO
<b>PERRO O GATO</b>	Cualquier contacto	NO	Vacunar (Ver en anverso las dosis según tipo de vacuna)
<b>PERRO O GATO</b>	Herida zona NO riesgosa (lugar diferente a cara, cuello, mano, pie y genitales)	SI	Definir vacunación según resultado de la observación del animal agresor
<b>PERRO O GATO</b>	Herida en zona riesgosa (cara, cuello, mano, pie o genitales)	SI	Empezar esquema de vacunación inmediatamente, luego continuar según resultado de la observación del animal agresor
<b>OTRO ANIMAL</b>	<b>CONSULTAR INMEDIATAMENTE</b>		

**DATOS COMPLEMENTARIOS:**

### ESQUEMAS DE VACUNACION

<b>DOBLE ADULTOS</b>	<b>FUENZALIDA-PALACIOS</b>	<b>CELULAS VERO</b>
FECHAS	FECHAS	FECHAS
1° Dosis ...../...../.....	1° Dosis ...../...../.....	1° Dosis ...../...../.....
	2° Dosis ...../...../.....	2° Dosis ...../...../.....
1° Refuerzo ...../...../..... (a los 6 o 12 meses de la 1° dosis)	3° Dosis ...../...../.....	3° Dosis ...../...../.....
	4° Dosis ...../...../.....	4° Dosis ...../...../.....
2° Refuerzo ...../...../..... (a los 6 o 12 meses de la 1° dosis)	5° Dosis ...../...../.....	5° Dosis ...../...../.....
	6° Dosis ...../...../.....	
	7° Dosis ...../...../.....	Ref. Optativo ...../...../..... (a los 90 días de la 1° dosis)
	1° Refuerzo ...../...../..... (a los 10 días de la última dosis)	
	2° refuerzo ...../...../..... (a los 20 días de la última dosis)	
	3° refuerzo ...../...../..... (a los 30 o 60 días de la última dosis)	
		Administración: 5 dosis a los días 0-3-7-14-28 días Dosis: 0.5 mL

- SIEMPRE que sea posible, el animal mordedor debe ser observado al menos 10 días.
- Los antecedentes de vacunación del animal agresor NO son por sí solos suficiente justificación para no iniciar tratamiento.
- La profilaxis post-exposición debe realizarse lo más precozmente posible y NO hay límite de tiempo para efectuarla.
- La dosis en edad pediátrica es igual a la del adulto
- El embarazo NO constituye contraindicación para recibir profilaxis, deben ser vacunadas.
- Los pacientes inmunocomprometidos que requieran profilaxis post-exposición deben recibir vacuna VERORAB y gammaglobulina, la cual debe solicitarse en esta RS 1. (Urgente)

#### RECOMENDACIONES A SEGUIR DURANTE EL TRATAMIENTO ANTIRRÁBICO

- Comida habitual, evitando excesos que causen trastornos digestivos
- Ante situaciones especiales de salud, consultar con el médico
- Evitar esfuerzos físicos o trabajos pesados y no exponerse a entrenamientos bruscos
- Cumplir diariamente con el tratamiento incluso sábados, domingos y feriados.

FIRMA y SELLO.....