

Datos del enfermo

Apellidos:..... Nombre:.....
 Domicilio:..... Nº:..... Piso:..... Teléfono:.....
 Municipio:..... Código postal:..... Área:..... Distrito:..... Zona Básica:.....
 Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento:...../...../..... Edad:..... Meses Años
 País de nacimiento: España Otros Especificar:..... Año de llegada a España:.....
 Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):.....

Datos clínicos

Fecha de inicio de los primeros síntomas:...../...../.....
 Sintomatología:.....

Complicaciones (Citar):.....

Ingreso en hospital: No Si Fecha de hospitalización:...../...../.....
 Centro:..... Servicio:.....

Tratamiento:

Local:.....
 Vacuna: No Si Tipo:..... Lab:..... Lote:..... Fecha inicio vacunacion:..... / /
 Pauta:..... Vía:..... Región:..... Nº Dosis.....
 Control serológico posvacunación: No Si Fecha:..... / / Título:.....
 Inmunoglobulina: No Si Fecha..... / / Dosis:..... Zona:.....
 Otros tratamientos:.....

Evolución: Curación Fallecimiento Fecha:...../...../.....

Datos de laboratorio

Fecha:..... / / Tipo y resultado:.....

Otros datos epidemiológicos

Caso: Sospechoso/Probable Confirmado

Datos de la Agresión:

Fecha:..... / / Lugar:..... Provocación previa: No Si

Tipo de agresión:

	Cabeza, Cuello	Manos, dedos	Tronco	Pies, pierna	Brazos	Otros (especificar)
Mordedura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laceración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arañazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de lesión:	Leve <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	Múltiple <input type="checkbox"/>		

Datos del animal agresor:

Animal: Perro Gato Otros domésticos: Citar:.....
 Salvaje Citar:.....
 Murciélago Especie:.....

Si se trata de perro o gatos: Vacunado: No Si Fecha:..... / / Tipo vacuna:.....
 Observación: No Si Fechas:..... / / al..... / /

Sacrificio animal: No Si Fecha:..... / /
 Diagnóstico de laboratorio: No Si Fecha:..... / / Tipo y resultado:.....

Datos del notificador

Nombre:.....
 Centro de Trabajo:.....
 Municipio:..... Área..... Teléfono..... Fecha de declaración...../...../.....