



Encuesta Epidemiológica de Agresiones por Animales

Datos del Paciente

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: __-__-__ Edad en Años: ____ Edad en Meses (<2 años): ____

Sexo: Hombre Mujer CIP: _____ Ocupación: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Lugar de Residencia: Municipio: _____ Provincia: _____

CCAA de Residencia: _____ País de Residencia: _____

Datos de la Agresión

Fecha de la Agresión: __-__-__ Lugar de la Agresión: _____

Municipio de Agresión: _____ Provincia de Agresión: _____

CCAA de Agresión: _____ País de Agresión: _____

Tipo de lesión: Mordedura Laceración Arañazo

Contacto Otros Citar Otros: _____

Zona de lesión:

Cabeza: Sí No Manos: Sí No Tronco: Sí No

Brazos: Sí No Pies: Sí No Otras lesiones: Sí No

Citar Otras lesiones: _____

Grado de lesión: Grado I Grado II Grado III

Lavado lesión: Sí No Fecha de lavado: __-__-__

Tratamiento IgG: Sí No Fecha de IgG: __-__-__ N° viales: _____

Vacuna 1ª dosis: Sí No Fecha de 1ª dosis: __-__-__

Vacuna 2ª dosis: Sí No Fecha de 2ª dosis: __-__-__

Vacuna 3ª dosis: Sí No Fecha de 3ª dosis: __-__-__

Vacuna 4ª dosis: Sí No Fecha de 4ª dosis: __-__-__

Vacuna 5ª dosis: Sí No Fecha de 5ª dosis: __-__-__



Motivo Profilaxis: _____

Hospitalizado: Sí No

Fecha de Ingreso Hospitalario: __-__-__ **Hospital:** _____

Servicio: _____ **Número Historia:** _____

Fecha de Alta: __-__-__

Datos del Animal Agresor

Especie animal:

Equino Gato Hurón Lobo Mustélido

Murciélago Perro Tejón Vacuno

Roedor doméstico Zorro Otro Especificar: _____

Edad del animal: _____ **Vacunado:** Sí No

Nº de dosis: _____ **Fecha última dosis:** __-__-__

Viaje al Extranjero (tres meses previos): Sí No **País:** _____

Envío de Muestra al CNM: Sí No

Número Muestra CNM: _____ **Fecha de Envío al CNM:** __-__-__

Resultado: _____ **Fecha de Resultado:** __-__-__

Observación del animal: Sí No **Fecha de Inicio:** __-__-__

Fecha de Finalización: __-__-__ **Resultado:** _____

Datos del Dueño:

Primer Apellido: _____ **Segundo Apellido:** _____ **Nombre:** _____

Domicilio: _____ **Teléfono:** _____

Municipio: _____ **Provincia:** _____ **CCAA:** _____



Observaciones

Fecha Declaración Agresión: __-__-__ Sección Responsable: _____

Médico Declarante: _____ Centro Trabajo: _____

Municipio: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

* En el Área de Salud de Talavera de la Reina, esta encuesta se enviará a la Sección de Epidemiología del Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla-La Mancha.
Teléfono: 925 83 92 76 Fax: 925 83 92 08 e-mail: vigepita@jccm.es
Teléfono de Urgencias Epidemiológicas: 659 92 48 32