





LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Circular No. SESVER/LESP/DE/10/2024 Hoja 1/3

Asunto: Criterios de Rabia

Clasificación: 13S.2 Diagnóstico Epidemiológico

Veracruz, Ver. a 19 de febrero de 2024

- A LAS 11 JURISDICCIONES

- CLIENTES PARTICULARES

0530

At'n. Responsables del programa de Zoonosis

En seguimiento al cumplimiento de los Lineamientos para la Vigilancia por Laboratorio de la Rabia, versión 2023, relacionado a los criterios para la recepción de las muestras del diagnóstico de Rabia en esta unidad a mi cargo, es importante retomar y hacer mención de la importancia de hacer cumplir los criterios propios de las muestras, los cuales se encuentran descritos en el catálogo **ERC-C-001 Criterios de aceptación y envío de muestras biológicas al LESP** y en el instructivo **ERC-I-001 Toma de muestras biológicas**, así como el cumplimiento de la documentación solicitada en cada caso:

- Oficio de solicitud de diagnóstico de Rabia perfectamente identificado.
- Para el proceso de muestras de Rabia antemortem (en humanos) y postmortem deberá incluir el ERC-E-004 Formato único para envío de muestras biológicas de Rabia humana y animal, debidamente requisitado con letra legible en los campos que aplique para: Rabia humana, Rabia animal de impacto doméstico ó Rabia silvestre. Se anexa formato.
- Cuando aplique realizar el diagnóstico de Rabia en animales silvestres o domésticos de interés económico "Bovinos" se debe entregar la muestra con el ERC-E-004 Formato único para envío de muestras biológicas de Rabia humana y animal, además de ERC-E-024 Formato de Estudio Epidemiológico de caso de Rabia de los casos humanos en contacto. Se anexa formato.

Lo anteriormente solicitado tiene como objetivo contar con la información necesaria para el diagnóstico, evitar el rechazo de las muestras y cuando aplique contar con lo necesario para coordinar el seguimiento de las muestras a Referencia con el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente

M. en C. Jacqueline Ayza Ríos Garcéservicio De Salud De VERACRUZ
Directora del Laboratorio Estatal de Salud Pública

del Laboratorio Estatal de Salud Pública

LABORATORIO ESTATAL DE

SALUD PUBLICA

Dra. Guadalupe Díaz de Castillo Flores.- Secretaria de Salud y Directora GEBACRUZ A ERos de Salud de Veracruz.- Para su conocimiento.- Presente

QC. Ma. Elena de la Cruz Francisco -, Coordinador de Aseguramiento de la Calidad. - Para su conocimiento. - Presente

L.A. Grecia K. Castañeda Barrios.- Responsable de Módulo de Servicio al Cliente.- Presente QC. Dora Alicia González Romero, Jefe de la sección de Zoonosis

QC. Fernando Cruz Solano, Jefe de Recepción de Muestras y Control de resultados

2024: 200 AÑOS DE VERACROZ DE IGNACIO DE LA LLAVE COMO PARTE DE LA FEDERACIÓN 1824-2024

Av Eucalipto S/N Lote 7 Mza. IZC Fracc. Framboyanes Cd. Industrial Bruno Pagliai C.P. 91697, Veracruz, Veracruz Tel. 229 9812951, 229 9811390 http://www.ssaver.gob.mx/lesp/





		ION DE LA MUESTRA	
JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO: DIAGNÓSTIC	O 🛮 REFERENCIA 🖺 AS	SEGURAMIENTO DE LA CALIDA	D
NOMBRE DE LA ESPECIE:	NO.	DE CASO O CLAVE:	
JURISDICCION SANITARIA:			
RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA: FECHA		LOCALIDAD O COLONIA	
MUNICIPIO O DELEGACIÓN:	ESTADO:	FD/	AD: AÑOS MESES DI
SEXO: MM BH STUACIÓN DE LA ES	PECIÉ AFECTADA: 2	VIVO Z MUERTO	HOMNOSWESESDI
TIPO DE VIGILANCIA: AGRESIÓN MONI			
TIPO DE MUESTRA:			
DATOS CLÍNICOS DE LA ESPECIE: AGRESIA HIDROFOBIA PARÁLISIS CAMBIOS DE C	/IDAD Z FOTOFORIA	PAFROFORIA PISALIVACIÓN DO	ROFUSA 🛮 INCOORDINACIÓN 🗈
FECHA DE TÓMA DE MUESTRA:/_	/FECH	A DE INICIO DE SÍNTOMAS:	1
EN CASO DE HABER AGRESIÓN: MENCIONE EL AGRESOR:			
SITIO ANATÓMICO DE LA LESIÓN:		NÚMERO DE PERSONAS O	
		ANIMALES QUE ESTUVIERO	
VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGREDIDO: E		EN CONTACTO CON EL AGRE	
RABIA ANIMAL SILVESTRE INFORMAC	SIGN DE LA MOLS	IRA	
JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO: ☑ DIAGNÓSTICO NOMBRE DE	☐ REFERENCIA ☐ ASE	GURAMIENTO DE LA CALIDAD	
JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO: DIAGNÓSTICO NOMBRE DE N LA ESPECIE: DE	☐ REFERENCIA ☐ ASE OMBRE CIENTÍFICO LA ESPECIÉ:	GURAMIENTO DE LA CALIDAD NO. DE CASO O CLAVE:	0
JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO: ☑ DIAGNÓSTICO NOMBRE DE N LA ESPECIE: DE JURISDICCION SANITARIA:	O REFERENCIA D ASE OMBRE CIENTÍFICO LA ESPECIÉ: RECOLECCIÓN	GURAMIENTO DE LA CALIDAD NO. DE CASI O CLAVE: DE LA MUESTRA: FECHA	0
JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO: ☑ DIAGNÓSTICO NOMBRE DE N LA ESPECIE:	O B REFERENCIA D ASE OMBRE CIENTÍFICO LA ESPECIÉ: RECOLECCIÓN MUNICIPIO O D	GURAMIENTO DE LA CALIDAD NO. DE CAS: O CLAVE: DE LA MUESTRA: FECHA DELEGACIÓN:	0
JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO: DIAGNÓSTICO NOMBRE DE N LA ESPECIE: DE JURISDICCION SANITARIA: LOCALIDAD O COLONIA: SEXO: MM H SITUACIÓN DE LA ESPECIÉ AFECTADA:	O B REFERENCIA D ASE OMBRE CIENTÍFICO LA ESPECIÉ: RECOLECCIÓN MUNICIPIO O D Z VIVO D MUERTO	NO. DE CASI O CLAVE: DE LA MUESTRA: FECHA DELEGACIÓN:	0
JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO: DIAGNÓSTICO NOMBRE DE N LA ESPECIE:	O B REFERENCIA D ASE OMBRE CIENTÍFICO LA ESPECIÉ: RECOLECCIÓN MUNICIPIO O C VIVO D MUERTO DAD DE ECTOFORIA DE	DE LA MUESTRA: FECHA PELEGACIÓN: TIPO DE VIGILANCIA: AGRESIÓN MONITOREO DEROCORIA DE SALIVACIÓN PRO	O
JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO: DIAGNÓSTICO NOMBRE DE N LA ESPECIE: DE JURISDICCION SANITARIA: LOCALIDAD O COLONIA: SEXO: MM MH SITUACIÓN DE LA ESPECIÉ AFECTADA: TIPO DE MUESTRA: DATOS CLÍNICOS DE LA ESPECIE: MAGRESIVI HIDROFOBIA MARALISIS MAGNESIOS DE COL	O B REFERENCIA B ASE OMBRE CIENTÍFICO LA ESPECIÉ: RECOLECCIÓN MUNICIPIO O D VIVO B MUERTO DAD B FOTOFOBIA BA NDUCTA BALUCINACIO	OCLAVE: DE LA MUESTRA: FECHA DELEGACIÓN: TIPO DE VIGILANCIA: DE AGRESIÓN DE MONITOREO DE AGRESIÓN DE SALIVACIÓN PRO ONES DE COMA	ESTADO: ESTADO: ESTADO: DE SACRIFICIO E FALLECIMIENTO DE USA E INCOORDINACIÓN E
JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO: DIAGNÓSTICO NOMBRE DE N LA ESPECIE: DE JURISDICCION SANITARIA: LOCALIDAD O COLONIA: SEXO: MM H SITUACIÓN DE LA ESPECIÉ AFECTADA: TIPO DE MUESTRA: DATOS CLÍNICOS DE LA ESPECIE: MAGRESIVI HIDROFOBIA PARÁLISIS CAMBIOS DE COI FECHA DE TOMA DE MUESTRA: EN CASO DE HABER AGRESION:	O B REFERENCIA D ASE OMBRE CIENTÍFICO LA ESPECIÉ: RECOLECCIÓN MUNICIPIO O D VIVO D MUERTO DAD D FOTOFOBIA D NDUCTA DALUCINACIO FECHA D	OCLAVE: DE LA MUESTRA: FECHA DELEGACIÓN: TIPO DE VIGILANCIA: DE AGRESIÓN DE MONITOREO AEROFOBIA DE SALIVACIÓN PRO ONES DE COMA DE LA MUESTRA: FECHA DELEGACIÓN: TIPO DE VIGILANCIA: DE LA MUESTRA: FECHA DELEGACIÓN: TIPO DE VIGILANCIA: DE LA MUESTRA: FECHA DELEGACIÓN: DE LA CALIDAD NO. DE CASA DE LA MUESTRA: FECHA DELEGACIÓN: DE LA MUESTRA: FECHA DE LA MUESTRA: F	ESTADO:
JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO: DIAGNÓSTICO NOMBRE DE NELA ESPECIE: DE JURISDICCION SANITARIA: LOCALIDAD O COLONIA: SEXO: MM MH SITUACIÓN DE LA ESPECIÉ AFECTADA: TIPO DE MUESTRA: DATOS CLÍNICOS DE LA ESPECIE: MAGRESIVI HIDROFOBIA MARAÍLISIS CAMBIOS DE COI FECHA DE TOMA DE MUESTRA: EN CASO DE HABER AGRESION: MENCIONE EL AGRESOR:	O B REFERENCIA D' ASE OMBRE CIENTÍFICO LA ESPECIÉ: RECOLECCIÓN MUNICIPIO O D VIVO D' MUERTO DAD D' FOTOFOBIA DA NDUCTA D'ALUCINACIO FECHA D NÚMERO O ANIMA	GURAMIENTO DE LA CALIDAD NO. DE CASC O CLAVE: DE LA MUESTRA: FECHA DELEGACIÓN: TIPO DE VIGILANCIA: DE AGRESIÓN MONITOREO AEROFOBIA SALIVACIÓN PRO ONES COMA DE INICIO DE SÍNTOMAS: MENCIONE EL AGREDIDO DE PERSONAS LES QUE ESTUVIERON	ESTADO: ESTADO: ESTADO: DE SACRIFICIO E FALLECIMIENTO DE USA E INCOORDINACIÓN E
JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO: DIAGNÓSTICO NOMBRE DE NELA ESPECIE: DE JURISDICCION SANITARIA: LOCALIDAD O COLONIA: SEXO: MM H SITUACIÓN DE LA ESPECIÉ AFECTADA: TIPO DE MUESTRA: DATOS CLÍNICOS DE LA ESPECIE: AGRESIVI HIDROFOBIA PARÁLISIS CAMBIOS DE COI FECHA DE TOMA DE MUESTRA: EN CASO DE HABER AGRESION: MENCIONE EL AGRESOR: SITIO ANATÓMICO DE LA LESIÓN:	O B REFERENCIA D' ASE OMBRE CIENTÍFICO LA ESPECIÉ: RECOLECCIÓN MUNICIPIO O D VIVO D' MUERTO DAD D' FOTOFOBIA DA NDUCTA D'ALUCINACIO FECHA D NÚMERO O ANIMA EN CONTA	O CLAVE: DE LA MUESTRA: FECHA DELEGACIÓN: TIPO DE VIGILANCIA: D'AGRESIÓN D'MONITOREO AEROFOBIA D'SALIVACIÓN PRO ONES D'COMA DE INICIO DE SÍNTOMAS: MENCIONE EL AGREDIDO DE PERSONAS LES QUE ESTUVIERON ACTO CON EL AGRESOR:	ESTADO:
JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO: DIAGNÓSTICO NOMBRE DE N LA ESPECIE: DE JURISDICCION SANITARIA: LOCALIDAD O COLONIA: SEXO: M H SITUACIÓN DE LA	O B REFERENCIA D' ASE OMBRE CIENTÍFICO LA ESPECIÉ: RECOLECCIÓN MUNICIPIO O D VIVO D' MUERTO DAD D' FOTOFOBIA DA NUNCTA D'ALUCINACIO FECHA D NÚMERO O ANIMA EN CONTA	O CLAVE: DE LA MUESTRA: FECHA DELEGACIÓN: TIPO DE VIGILANCIA: D'AGRESIÓN D'MONITOREO AEROFOBIA D'SALIVACIÓN PRO ONES D'COMA DE INICIO DE SÍNTOMAS: MENCIONE EL AGREDIDO DE PERSONAS LES QUE ESTUVIERON ACTO CON EL AGRESOR:	ESTADO:
JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO: DIAGNÓSTICO NOMBRE DE N LA ESPECIE: DE JURISDICCION SANITARIA: LOCALIDAD O COLONIA: SEXO: MM MH SITUACIÓN DE LA ESPECIÉ AFECTADA: TIPO DE MUESTRA: DATOS CLÍNICOS DE LA ESPECIE: MAGRESIVI HIDROFOBIA MARAÍLISIS CAMBIOS DE COI FECHA DE TOMA DE MUESTRA: EN CASO DE HABER AGRESION: MENCIONE EL AGRESOR: SITIO ANATÓMICO DE LA LESIÓN: VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGREDIDO: MENCIONE MENCIONE DE COI SECURA DE TOMA DE MUESTRA: VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGREDIDO: MENCIONE DE COI VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGREDIDO: MENCIONE MENCIONE DE COI VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGREDIDO: MENCIONE MENCIONE DE COI VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGREDIDO: MENCIONE MENCIONE DE COI VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGREDIDO: MENCIONE MENCIONE DE COI VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGREDIDO: MENCIONE MENCIONE MENCIONE DE COI VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGREDIDO: MENCIONE MENCION	O B REFERENCIA D' ASE OMBRE CIENTÍFICO LA ESPECIÉ: RECOLECCIÓN MUNICIPIO O D VIVO D' MUERTO DAD D' FOTOFOBIA DA NUNCTA D'ALUCINACIO FECHA D NÚMERO O ANIMA EN CONTA	O CLAVE: DE LA MUESTRA: FECHA DELEGACIÓN: TIPO DE VIGILANCIA: D'AGRESIÓN D'MONITOREO AEROFOBIA D'SALIVACIÓN PRO ONES D'COMA DE INICIO DE SÍNTOMAS: MENCIONE EL AGREDIDO DE PERSONAS LES QUE ESTUVIERON ACTO CON EL AGRESOR:	ESTADO:
JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO: DIAGNÓSTICO NOMBRE DE N LA ESPECIE: DE JURISDICCION SANITARIA: LOCALIDAD O COLONIA: SEXO: MM MH SITUACIÓN DE LA ESPECIÉ AFECTADA: TIPO DE MUESTRA: DATOS CLÍNICOS DE LA ESPECIE: MAGRESIVI HIDROFOBIA MARAÍLISIS CAMBIOS DE COI FECHA DE TOMA DE MUESTRA: EN CASO DE HABER AGRESION: MENCIONE EL AGRESOR: SITIO ANATÓMICO DE LA LESIÓN: VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGREDIDO: MENCIONE MENCIONE DE LA LESIÓN: VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGREDIDO: MENCIONE MENCIONE DE LA LESIÓN: VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGREDIDO: MENCIONE MENCIONE DE LA LESIÓN: VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGREDIDO: MENCIONE MENCIONE DE LA LESIÓN: VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGREDIDO: MENCIONE MENCIONE DE LA LESIÓN:	O B REFERENCIA D' ASE OMBRE CIENTÍFICO LA ESPECIÉ: RECOLECCIÓN MUNICIPIO O D VIVO D' MUERTO DAD D' FOTOFOBIA DA NDUCTA D'ALUCINACIO FECHA D NÚMERO O ANIMA EN CONTA	ROURAMIENTO DE LA CALIDAD NO. DE CASC O CLAVE: DE LA MUESTRA: FECHA DELEGACIÓN: TIPO DE VIGILANCIA: DE AGRESIÓN MONITOREO AEROFOBIA SALIVACIÓN PRO ONES COMA DE INICIO DE SÍNTOMAS: MENCIONE EL AGREDIDO DE PERSONAS LES QUE ESTUVIERON ACTO CON EL AGRESOR: A FECHA DE ÚLTIMA DOSIS	ESTADO: ESTADO: ESTADO: DE SACRIFICIO E FALLECIMIENTO DE SACRIFICIO E FALLECIMIENTO DE SACRIFICIO E FALLECIMIENTO DE SACRIFICIO E FALLECIMIENTO DE SACRIFICIO E FALLECIMIENTO



Subsecretarii de Prevencion y Promocion de la Salud Dirección General de Epidemi degia Instituto de Diagnostico y Referencia Epidemi degia Tor Manuel Martinez Baez" (InDRE Francisco de P. Miranda No 177), Col. Lotuas de Plateros Delegación Álvaro Obrego n°C P. 01480, Col. De Mexico Fel. +52 (55) 50 62 16 00 Ext. 59317 y 59579] www.indre.salud.gob.inc

FORMATO ÚNICO PARA EL ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS DE RABIA HUMANA Y ANIMAL

DATOS DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE

ENVÍO AL LESP:	NOMBRE DE LA MENSAJERIA DE E FECHA DE			NUM. DE GUÍA:
MUNICIPIO:	ENVÍO AL LESP://	EN EL LESP:	AL INDRE:	
MUNICIPIO:	INSTITUCIÓN:			
MEDICIO SOLICITANTE: FAX: (indispensable) Email: STUDIO SOLICITANTE: SUBSTIFICACIÓN DEL ENVÍO: DIAGNOSTICO & REFERENCIA & ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD NOMBRE DEL PACIENTE: EDAD: Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno JURISDICCIÓN SEXO: M F NO. DE CASO O CLAVE: SANITARIA: LUCALIDAD: O COLONIA MUNICIPIO U DELEGACIÓN: SITUACIÓN DEL PACIENTE: O VIVO MUERTO SITUACIÓN DEL PACIENTE: SUIVO MUERTO MUNICIPIO U DELEGACIÓN: SITUACIÓN DEL PACIENTE: SUIVO MUERTO MUNICIPIO CAREBRA (IMEDULA ESPINAL, ASTA DE AMMON, CEREBELO) DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE: MARCIANA MINICIO DE SÍNTOMAS: FECHA DE TOMA: HIDROFOBIA PARÁLISIS MARCIANA MISION RECHA DE TOMA: HOSPITALIZACIÓN: SI NO NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE ATIENDE EL CASO EN CASO DE HABER AGRESIÓN, MENCIONE EL AGRESOR: NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE ATIENDE EL CASO EN CASO DE HABER AGRESIÓN, MENCIONE EL AGRESOR: O DE LA LESIÓN: NÚMERO DE PERSONAS FECHA DE MUERTE DEL AGRESOR: O DA INIMALES QUE ESTUVIERON EN CONTACTO CON EL AGRESOR: CAUSA DE LA MUERTE DEL AGRESOR: VACCUNA ANTIRRÁBICA EN EL	CALL.		COLONIA:	
FAX: (indispensable)	MUNICIPIO:	ESTADO:	4	C.P.
ABIA HUMANA INFORMACIÓN DE LA MUESTRA JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO: © DIAGNÓSTICO © REFERENCIA © ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD NOMBRE DEL PACIENTE: EDAD: Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno SEXO: © M © F NO. DE CASO O CLAVE: SANITARIA: LUGAR DE RESIDENCIA DEL PACIENTE: O COLONIA MUNICIPIO U DELEGACIÓN: SITUACIÓN DEL PACIENTE: Ö VIVO © MUERTO TIPO DE MUESTRA: © SUERO © LCR © SALIVA ©HISOPO SUBLINGUAL © BIOPSIA DE CUERO CABELLUDO © IMPRONTA DE CORNEA © TELIDO CEREBRAL (MEDULA ESPINAL, ASTA DE AMMON, CEREBELO) DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE: © AGRESIVIDAD © FOTOFOBIA © AGRECIOFOBIA © SALIVACIÓN PROFUSA © INCOORDINACIÓN HIDROFOBIA © PARÁLISIS © CAMBIOS DE CONDUCTA ©ALUCINACIONES © COMA FECHA DE TOMA: HOSPITALIZACIÓN: SI DO NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE ATIENDE EL CASO EN CASO DE HABER AGRESIÓN, MENCIONE EL AGRESOR: NÚMERO DE PERSONAS O ANIMALES QUE ESTUVIERON EN CONTACTO CON EL AGRESOR: CAUSA DE LA MUERTE DEL AGRESOR: VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: © SI DO © SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: © SI DO © SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: © SI DO © SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: SI DO © SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: SI DO © SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: SI DO © SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: SI DO DE LA BEGION RECONTANTIRA DOSIS VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: SI DO DE LA BEGION RECONTANTIRA DOSIS VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: SI DO DE SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: SI DO DE LA BEGION RECONTANTIRA DOSIS VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: SI DO DE SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: SI DO DE SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: SI DO DE SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: SI DO DE SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS VACUNA ANTIRRÂDICA DE LA CARLO DE AGRE	TEL.: MÉDICO SOLICITANTE:	FAX:(indispensable)		Email:
JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO: DIAGNÓSTICO REFERENCIA BASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD NOMBRE DEL PACIENTE: Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno JURISDICCIÓN SANITARIA: LUGAR DE RESIDENCIA LUGAR DE RESIDENCIA DEL PACIENTE: O COLONIA MUNICIPIO U DELEGACIÓN: SITUACIÓN DEL PACIENTE: DO MUESTRA: BUERO SOLO ERESIDENCIA CORNEA STEDIDO CEREBRAL (MEDULA ESPINAL, ASTA DE AMMON, CEREBELO) DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE: SOLOR DEL PACIENTE: O COLONIA MUNICIPIO U DELEGACIÓN: SITUACIÓN PROFUSA SINCOORDINACIÓN HIDROFOBIA PARÁLISIS CAMBIOS DE CONDUCTA SALIVACIÓN PROFUSA SINCOORDINACIÓN PECHA DE TOMA: J FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS: J HOSPITALIZACIÓN: SI ENO NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE ATIENDE EL CASO DE LA LESIÓN: NÚMERO DE PERSONAS O ANIMALES QUE ESTUVIERON EN CANSO DE LA AGRESOR: CAUSA DE LA MUERTE DEL AGRESOR: CAUSA DE LA MUERTE DEL AGRESOR: VACUNA ANTIDIÓRICA EN EL AGRES	ESTUDIO SOLICITADO:			
DEL PACIENTE: DEL PACIENTE: EDAD: AÑOS MESES DÍA	ABIA HUMANA INFORMACI	ÓN DE LA MUESTRA		
DEL PACIENTE: DEL PACIENTE: EDAD: AÑOS MESES DÍA	JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO: 2 DI	AGNÓSTICO 🛭 REFERENCIA 🗈 AS	EGURAMIENTO DE	LA CALIDAD
SEXO: M B F NO. DE CASO O CLAVE: SANITARIA: LUGAR DE RESIDENCIA LOCALIDAD: DEL PACIENTE: O COLONIA MUNICIPIO U DELEGACIÓN: ESTADO: SITUACIÓN DEL PACIENTE: VIVO MUERTO TIPO DE MUESTRA: SUERO ELCR E SALIVA EHISOPO SUBLINGUAL E BIOPSIA DE CUERO CABELLUDO MIMPRONTA DE CORNEA ETEJIDO CEREBRAL (MEDULA ESPINAL, ASTA DE AMMON, CEREBELO) DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE: AGRESIVIDAD E FOTOFOBIA MARCIONES E COMA FECHA DE TOMA: FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS: HOSPITALIZACIÓN: SI NO MOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE ATIENDE EL CASO EN CASO DE HABER AGRESIÓN, SITIO ANATÓMICO DE LA LESIÓN: NÚMERO DE PERSONAS FECHA DE MUERTE DEL AGRESOR: CAUSA DE LA MUERTE DEL AGRESOR: NÚMERO DE PERSONAS FECHA DE MUERTE DEL AGRESOR: CAUSA DE LA MUERTE DEL AGRESOR:	INDIAIDKE			
SEXO: BM BF NO. DE JURISDICCIÓN CASO O CLAVE: SANITARIA: LUGAR DE RESIDENCIA LUGAR DE RESIDENCIA LUGAR DE RESIDENCIA LUCALIDAD: O COLONIA MUNICIPIO U DELEGACIÓN: ESTADO: SITUACIÓN DEL PACIENTE: VIVO MUERTO TIPO DE MUESTRA: DE SUERO DELCR DE SALIVA DENSOPO SUBLINGUAL DE BIOPSIA DE CUERO CABELLUDO DE IMPRONTA DE CORNEA DE TEJIDO CEREBRAL (MEDULA ESPINAL, ASTA DE AMMON, CEREBELO) DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE: DE AGRESIVIDAD DE FOTOFOBIA DE ACROFOBIA DE SALIVACIÓN PROFUSA DE INCOORDINACIÓN HIDROFOBIA DE PARÁLISIS DE CAMBIOS DE CONDUCTA DEL INICIO DE SÍNTOMAS: MEDITALIZACIÓN: DE SI DE NO NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE ATIENDE EL CASO EN CASO DE HABER AGRESIÓN, SITIO ANATÓMICO PECHA DE TOMA: DE LA GRESOR: DE LA LESIÓN: NÚMERO DE PERSONAS O ANIMALES QUE ESTUVIERON EN CONTACTO CON EL AGRESOR: CAUSA DE LA MUERTE DEL AGRESOR: MACCUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: CAUSA DE LA MUERTE DEL AGRESOR: MACCUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: DE NO DESE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS MACCUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: DE NO DE SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS MACCUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: DE NO DE SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS MACCUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: DE NO DE SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS MACCUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: DE NO DE SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS MACCUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: DE NO DE SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS MACCUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: DE NO DE SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS MACCUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: DE NO DE SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS MACCUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: DE NO DE SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS MACCUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: DE NO DE SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS MACCUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: DE NO DE SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS MACCUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: DE NO DESE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS MACCUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: DE NO DESE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS MACCUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: DE NO DESE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS MACCUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: DE NO DESE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS MACC	Nombre(s) Apelli	do Paterno Apellido Materno	AD:AÑOS	MESESDÍA
LUGAR DE RESIDENCIA DEL PACIENTE:O COLONIA MUNICIPIO U DELEGACIÓN:ESTADO:	SEXO: DM DF NO. DE	sterrio Apenido Materno	IURISDICCI	ÓN
LUGAR DE RESIDENCIA DEL PACIENTE:O COLONIA MUNICIPIO U DELEGACIÓN:ESTADO:	CASO O C	LAVE:	SANITARIA:	014
MUNICIPIO U DELEGACIÓN: SITUACIÓN DEL PACIENTE: ② VIVO ② MUERTO SITUACIÓN DEL PACIENTE: ② VIVO ② MUERTO CORNEA ③ SUERO ② LCR ② SALIVA ÆHISOPO SUBLINGUAL ② BIOPSIA DE CUERO CABELLUDO ② IMPRONTA DE CORNEA ③ STEJIDO CEREBRAL (MEDULA ESPINAL, ASTA DE AMMON, CEREBELO) DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE: ③ AGRESIVIDAD ③ FOTOFOBIA ② SALIVACIÓN PROFUSA ② INCOORDINACIÓN HIDROFOBIA ② PARÁLISIS ② CAMBIOS DE CONDUCTA ② ALUCINACIONES ③ COMA FECHA DE TOMA: FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS: HOSPITALIZACIÓN: ③ SI ② NO NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE ATIENDE EL CASO EN CASO DE HABER AGRESIÓN, MENCIONE EL AGRESOR: DE LA LESIÓN: SITIO ANATÓMICO DE LA LESIÓN: DE LA LESIÓN: CAUSA DE PERSONAS FECHA DE MUERTE DEL AGRESOR: CAUSA DE LA MUERTE DEL AGRESOR: VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: ② SI ② NO ② SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS//				
MUNICIPIO U DELEGACIÓN: SITUACIÓN DEL PACIENTE: ② VIVO ② MUERTO TIPO DE MUESTRA: ② SUERO ② LCR ② SALIVA ②HISOPO SUBLINGUAL ② BIOPSIA DE CUERO CABELLUDO ② IMPRONTA DE CORNEA ②TEJIDO CEREBRAL (MEDULA ESPINAL, ASTA DE AMMON, CEREBELO) DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE: ② AGRESIVIDAD ② FOTOFOBIA ③AEROFOBIA ② SALIVACIÓN PROFUSA ③ INCOORDINACIÓN HIDROFOBIA ② PARÁLISIS ② CAMBIOS DE CONDUCTA ②ALUCINACIONES ③ COMA FECHA DE TOMA:/ FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS:/ HOSPITALIZACIÓN: ② SI ③ NO NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE ATIENDE EL CASO EN CASO DE HABER AGRESIÓN, SITIO ANATÓMICO DE LA LESIÓN: NÚMERO DE PERSONAS FECHA DE MUERTE DEL AGRESOR:	DEL PACIENTE:	LOCAL	IDAD :	
TIPO DE MUESTRA: DE SUERO DE LOR DE SALIVA DE SUBLINGUAL DE BIOPSIA DE CUERO CABELLUDO DE IMPRONTA DE CORNEA DE LIDO CEREBRAL (MEDULA ESPINAL, ASTA DE AMMON, CEREBELO) DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE: DE AGRESIVIDAD DE FOTOFOBIA DE AGRESIVIACIÓN PROFUSA DE INCOORDINACIÓN HIDROFOBIA DE PARÁLISIS DE CAMBIOS DE CONDUCTA DE LORDOR DE COMA FECHA DE TOMA:				
TIPO DE MUESTRA: DE SUERO DE LOR DE SALIVA DE SUBLINGUAL DE BIOPSIA DE CUERO CABELLUDO DE IMPRONTA DE CORNEA DE LIDO CEREBRAL (MEDULA ESPINAL, ASTA DE AMMON, CEREBELO) DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE: DE AGRESIVIDAD DE FOTOFOBIA DE AGRESIVIACIÓN PROFUSA DE INCOORDINACIÓN HIDROFOBIA DE PARÁLISIS DE CAMBIOS DE CONDUCTA DE LORDOR DE COMA FECHA DE TOMA:	MUNICIPIO U DELEGACIÓN:	ESTA	ADO:	
DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE: AGRESIVIDAD FOTOFOBIA BAEROFOBIA SALIVACIÓN PROFUSA INCOORDINACIÓN HIDROFOBIA PARÁLISIS CAMBIOS DE CONDUCTA BALUCINACIONES COMA FECHA DE TOMA:	THE PERIOD OF TH	O MINIOPRIO		
DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE: AGRESIVIDAD FOTOFOBIA BAEROFOBIA SALIVACIÓN PROFUSA INCOORDINACIÓN HIDROFOBIA PARÁLISIS CAMBIOS DE CONDUCTA BALUCINACIONES COMA FECHA DE TOMA:	CORNEA TENDO	.CR 🛮 SALIVA 🖺 HISOPO SUBLING	UAL BIOPSIA DE	CUERO CABELLUDO PIMPRONTA DE
FECHA DE TOMA:	CENTEDIAL INF	HILL EXPLINING ACTAINS ARRAY	AL MENEREL AL	
FECHA DE TOMA:	HIDROFORIA TI DAPÁLISIS TO CAMA	AGRESIVIDAD FOTOFOBIA	AEROFOBIA 2 SALI	IVACIÓN PROFUSA E INCOORDINACIÓN
HOSPITALIZACIÓN: SI ENO NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE ATIENDE EL CASO EN CASO DE HABER AGRESIÓN, MENCIONE EL AGRESOR: NÚMERO DE PERSONAS O ANIMALES QUE ESTUVIERON EN CONTACTO CON EL AGRESOR: VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: SI ENO ESE IGNORA FECHA DE MUERTE DEL AGRESOR: VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: SI ENO ESE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS	CAMI	BIOS DE CONDUCTA BALUCINAC	CIONES @ COMA	
EN CASO DE HABER AGRESIÓN, MENCIONE EL AGRESOR: NÚMERO DE PERSONAS O ANIMALES QUE ESTUVIERON EN CONTACTO CON EL AGRESOR: VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: ②SI ② NO ②SE IGNORA FECHA DE MUERTE DEL AGRESOR: CAUSA DE LA MUERTE DEL AGRESOR: VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: ②SI ② NO ②SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS/	FECHA DE TOMA:/	/ FECHA DE INICIO DE	SÍNTOMAS:	
EN CASO DE HABER AGRESIÓN, MENCIONE EL AGRESOR: NÚMERO DE PERSONAS O ANIMALES QUE ESTUVIERON EN CONTACTO CON EL AGRESOR: VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: ②SI ② NO ②SE IGNORA FECHA DE MUERTE DEL AGRESOR: CAUSA DE LA MUERTE DEL AGRESOR: VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: ②SI ② NO ②SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS	HOSPITALIZACIÓN: DSI	NO NOMBRE DE LA INSTIT	TUCIÓN	
EN CASO DE HABER AGRESIÓN, MENCIONE EL AGRESOR: NÚMERO DE PERSONAS O ANIMALES QUE ESTUVIERON EN CONTACTO CON EL AGRESOR: VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: ②SI ② NO ②SE IGNORA FECHA DE MUERTE DEL AGRESOR: VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: ②SI ② NO ②SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS		QUE ATIENDE EL CASO	O	
MENCIONE EL AGRESOR: DE LA LESIÓN: NÚMERO DE PERSONAS O ANIMALES QUE ESTUVIERON EN CONTACTO CON EL AGRESOR: CAUSA DE LA MUERTE DEL AGRESOR: VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: ②SI ② NO ②SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS	EN CASO DE HABER ACRECIÓN			
NÚMERO DE PERSONAS O ANIMALES QUE ESTUVIERON EN CONTACTO CON EL AGRESOR:				
O ANIMALES QUE ESTUVIERON EN CONTACTO CON EL AGRESOR:			DE LA LESIÓI	N:
EN CONTACTO CON EL AGRESOR: CAUSA DE LA MUERTE DEL AGRESOR:		FECHA DE N	MUERTE DEL AGRE	SOR: / /
VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: ESI E NO ESE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS/	O ANIMALES QUE ESTUVIERON			
VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: ESI E NO ESE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS/	EN CONTACTO CON EL AGRESOR	CAUSA DE L	A MUERTE DEL AC	GRESOR:
/ACUNA ANTIDDÁDICA FAISI A CORRES	VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGI	RESOR: ISI I NO ISE IGNORA		
	VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGI	REDIDO DE LONO		

EPI-RAB

SISTEMA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE RABIA HUMANA

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE RABIA

I. IDENTIFICACIÓN	1. SOSPECHOSO 2. PROBABLE CLASIFICACIÓN 3. CONFIRMADO 4. DESCARTADO	FECHA DE ENVÍO DE ESTE FORMATO Dia Mes Año
NOMBRE DEL PACIENTE:		
Sexo Edad	PATERNO APELLIDO MATERI	NO NOMBRE (S)
M F Año Meses	DOMICILIO:	LOCALIDAD:
Mayor de 2500 habs: SI NO MI	UNICIPIO: JURISDICCIÓ	N: ENTIDAD:
II. NOTIFICACIÓN:	FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA D	
INSTITUCIÓN NOTIFICANTE:	INSTITUCIÓN TRATANTE: FSDE	Día Mes Año
1. SSA 2. IMSS 3. IMSS-PROSPERA	4 ISSUTE TOTAL	
III. DATOS DE EXPOSICIÓN:	¿SE APLICO VACUNA ANTIRRÁBICA?	SEDEMAR 8. OTROS 9. SE IGNORA
FECHA DE EXPOSICIÓN:	1. Sí 2. No 3. Se Ignora	FECHA DE DEFUNCIÓN:
Día Mes Año	No. DE DOSIS APLICADAS: FECHA DE LA 1a DOSIS;	Día Mes Año ¿SE AUTORIZO AUTOPSIA?
ANIMAL AGRESOR:		SI NO
1. Perro 4. Quiróptero 2. Gato 6. Otro	Día Mes Año FECHA DE LA ÚLTIMA DOSIS:	
3. Zorrillo 7. Desconocido		VI. ESTUDIOS DE LABORATORIO Y RESULTADOS:
1. Mordedura	Día Mes Año TIPO DE VACUNA:	1. Positivo 2. Negativo 3. Inadecuada
Rasguño Otro Desconocido	TIPO DE LOTE:	1. IMPRONTA DE CÓRNEA
1. Cabeza o cuello 2. Tronco 3. Miembro superor izquierdo 4. Miembro superior derecho 5. Mienbro inferior izquierdo 6. Miembro Inferior derecho 7. Se ignora ERIDA: TIPO: 1. Leve 2. Multiple 2. Grave 3. Se ignora DNDICIONES DEL ANIMAL AGRESOR: Observación Desaparición Muerto Otro Se ignora 1. Sí 2. No 3. Se ignora	V. DATOS DE LA ENFERMEDAD FECHA DE INICIO DE LOS PRIMERO SÍNTOMAS: Dia Mes Año SIGNOS YSINTOMAS: 1. FIEBBRE 2. CEFALEA 3. NAÚSEA 4. VOMITO 5. HIPERIRRITABILIDAD 6. ANOREXIA 7. MALESTAR GENERAL 8. DOLOR DURANTE LA DEGLUCIÓN 9. DOLOR EN LA HERIDA 10. PRURITO EN LA HERIDA 11. PARESTESIA EN LA HERIDA 12. DISFAGIA 13. DESHIDRATACIÓN 14. RESPIRACIÓN IRREGULAR 15. ANSIEDAD 16. AGITACIÓN 17. DEPRESIÓN 18. AFASIA	2. IMPRONTA DE SALIVA Día Mes Año 3. BIOPSIA DE CUERO CABELLUDO Día Mes Año 4. LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO Día Mes Año 5. SUERO SANGUÍNEO Día Mes Año 6. TEJIDO CERBRAL Día Mes Año NOMBRE DEL LABORATORIO QUE PROCESO LAS MUESTRAS:
E CONFIRMO POR LABORATORIO? 1. Sí 2. No 3. Se Ignora	19.INCORDINACIÓN 20. PARESIA	VII. CONTACTOS
TRATAMIENTO	21.PARÁLISIS 22.HIDROFOBIA	No. DE CONTACTOS:
VADO Y TRATAMIENTO DE LA HERIDA: 1. Sí 2. No 3. Se Ignora	23.FOTOFOBIA	CONTACTOS EN TRATAMIENTO:
APLICO SUERO O GAMMA TIPO:	24. AEROFOBIA 25. SIALORREA	
DBULINA ANTIRRABICA?	26.CONFUSIÓN 27. DELIRIO	VIII. DATOS DEL INFORMANTE
1. Si 1. Homólogo 2. No 2. Heterólogo	28. ALUCINACIONES	NOMBRE:
3. Se Ignora 3. Se Ignora FECHA DE APLICACIÓN:	29.HIPERACTIVIDAD 30.NEUMOTÓRAX 31.HIPOTESIÓN 32.ARRITMIA	CARGO:
Die Mes Año UNIDADES APLICADAS	33.COMA 34.PARO CARDIORESPIRATORIO 35.MUERTE	OBSERVACIONES:
ote:		