



NOTIFICACIÓN DE MORDEDURAS DE ANIMALES

CENTRO DE SALUD/UBS/HOSPITAL:

Profesional sanitario que ha atendido al paciente:

DATOS DE LA PERSONA MORDIDA

Nombre: _____ **Apellidos:** _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ **Municipio:** _____

Teléfono: _____

Persona de contacto en caso de menores (padre /tutor legal):

Edad del paciente (en años) Marcar con una cruz

Menos de 3	3-6	6-13	14-18	18-65	Más de 65
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS DE LA MORDEDURA

Fecha de la mordedura: _____

Especie del animal agresor (marcar):

PERRO	GATO	MURCIÉLAGO	OTROS (indicar)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lugar donde se produjo (marcar):

En domicilio del animal:	<input type="checkbox"/>	En domicilio del paciente	<input type="checkbox"/>	Otro lugar (describir):
Cerca domicilio del animal	<input type="checkbox"/>	Lugar de trabajo del paciente	<input type="checkbox"/>	

Relación del animal con el agredido (marcar):

Propietario:	Conocido:	Desconocido:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Contexto de la mordedura (marcar):

Al tocar o coger al animal	Al caminar, correr, ir en bici o moto	Al entrar/estar en el domicilio del animal	Al acercarme al animal o a sus crías
Al separarlo cuando se peleaba con otro	Inesperadamente, por detrás	Tenía dolor y quise ayudarlo	Sin motivo aparente

El animal ladró/gruño/bufó antes de morder: SI / NO

El animal estaba: ATADO / CERRADO (en un recinto) / SUELTO.

Tipo de lesión producida y zona del cuerpo afectada (marcar):

Erosión	Herida sin desgarro	Herida con desgarro	Afectación tendinosa	Afectación vascular
Cabeza y cuello	Tronco	Extremidades superiores	Extremidades inferiores	

Plan de actuación:

CURA SIN SUTURA		CURA CON SUTURA		VAT	
GAMMAGLOBULINA (Antitetánica)		ANTIBIÓTICOS (cual)	AINES (cual)		
OTRAS INTERVENCIONES O TRATAMIENTOS		Cual:			
DERIVACIÓN CENTRO HOSPITALARIO		Cual:			

DATOS DEL PROPIETARIO (si se conocen)

El animal tiene propietario: SI / NO **El propietario es conocido:** SI / NO

Nombre y Apellidos (Si los datos son conocidos):

Domicilio:

Localidad y municipio:

Teléfono:

OBSERVACIONES: