

ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO

DADOS GERAIS

1 Tipo de Notificação 2- Individual

2 Agravado/doença **ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO** Código (CID10) **W 64** 3 Data da Notificação

4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data do atendimento

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade 11 Sexo 12 Gestante 13 Raça/Cor

14 Escolaridade 15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe

PcD (pessoa com deficiência) Pessoa em situação de rua CPF do paciente Nacionalidade

Passaporte Orientação sexual

DADOS DE RESIDÊNCIA

17 UF 18 Município de Residência 19 DISTRITO

20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida,...) Código

22 Número 23 Complemento (apto., casa, ...) 24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP

28 (DDD) Telefone 29 Zona 30 País (se residente fora do Brasil)

Unidade de Saúde de Referência

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

31 Ocupação

32 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico Contato Indireto Arranhadura Lamedura Mordedura Outro

33 Localização Mucosa Cabeça/Pescoço Mãos/Pés Tronco Membros Superiores Membros Inferiores

34 Ferimento 35 Tipo de Ferimento Profundo Superficial Dilacerante

36 Data da Exposição 37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico? Pré-Exposição Pós-Exposição

38 Se Houve, quando foi concluído? 39 Nº de Doses Aplicadas

40 Espécie do Animal Agressor

41 Condição do Animal para Fins de Conduta do Tratamento 42 Animal Passível de Observação ? (Somente para Cão ou Gato)

43 Tratamento Indicado	1 - Pré Exposição 2 - Dispensa de Tratamento 3 - Observação do animal (se cão ou gato) 4 - Observação + Vacina 5 - Vacina 6 - Soro+Vacina 7 - Esquema de reexposição	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	---	--------------------------

VACINA

44 Laboratório Produtor Vacina	1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 4- Outro Especificar)	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---	--------------------------

45 Número do Lote	46 Data do Vencimento
--------------------------	------------------------------

47 Datas das Aplicações da Vacina (dia e mês)				
Data da 1ª dose	Data da 2ª dose	Data da 3ª dose	Data da 4ª dose	Data da 5ª dose

48 Condição Final do Animal (após período de observação)	1 - Negativo para Raiva (Clínica) 2 - Negativo para Raiva (Laboratório) 3 - Positivo para Raiva (Clínica) 4 - Positivo para Raiva (Laboratório) 5 - Morto/ Sacrificado/ Sem Diagnóstico 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>
---	---	--------------------------

49 Houve Interrupção do Tratamento	50 Qual o Motivo da Interrupção
1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/>	1 - Indicação da Unidade de Saúde 2 - Abandono 3 - Transferência <input type="checkbox"/>

51 Se houve Abandono do Tratamento, a Unidade de Saúde Procurou o Paciente	52 Evento Adverso à Vacina
1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/>	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>

53 Indicação do Soro Anti-Rábico	54 Peso do Paciente	55 Quantidade de Soro Aplicada
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> ml 1 - Heterólogo 2 - Homólogo <input type="checkbox"/>

56 Infiltração de Soro no(s) Local(is) do(s) Ferimento(s)	57 Laboratório Produtor do Soro Anti-Rábico
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial	1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur <input type="checkbox"/> 4 - Outro (Especificar):

58 Número da Partida	59 Evento Adverso ao Soro Anti-Rábico	60 Data do Encerramento do Caso
<input type="text"/>	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Observações:

Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
Nome	Assinatura
Função	