



<b>43</b> 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**

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

<b>45</b> Número do Lote	<b>46</b> Data do Vencimento
--------------------------	------------------------------

<b>47</b> 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

<b>48</b> 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"/>
---	---	--------------------------

<b>49</b> Houve Interrupção do Tratamento	<b>50</b> 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"/>

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

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

<b>56</b> Infiltração de Soro no(s) Local(is) do(s) Ferimento(s)	<b>57</b> 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):

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

<b>Observações:</b>

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