

RAIVA HUMANA

CASO SUSPEITO: Todo paciente com quadro clínico sugestivo de encefalite rábica, com antecedentes ou não de exposição à infecção pelo vírus rábico.

DADOS GERAIS	1	Tipo de Notificação		2- Individual																								
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação																						
	RAIVA HUMANA		A82.9																									
	4	UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)																						
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7	Data dos primeiros sintomas																					
	8	Nome do Paciente				9	Data de Nascimento																					
	10	(ou) Idade	1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano	11	Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante	1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado																			
	13	Raça/Cor		1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena		Etnia		1- Tupiniquim 2- Guarani 9- ignorado																				
	14	Escolaridade				0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não																						
	15	Número do Cartão SUS		16		Nome da mãe																						
	PcD (pessoa com deficiência)		Pessoa em situação de rua		CPF do paciente		Nacionalidade																					
	1- sim 2- não		1- sim 2- não																									
	Passaporte		Orientação sexual		1- Heterossexual 2- Homossexual 3- Bissexual 4- Pansexual 8- Não se aplica 9- Ignorado																							
	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)																			
( )		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado																										
Unidade de Saúde de Referência																												
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS		ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS																										
	31	Data da investigação		32		Ocupação																						
	33	Tipo de Exposição ao Vírus Rábico																										
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/>		Arranhão		<input type="checkbox"/>		Lambadura		<input type="checkbox"/>		Mordedura		<input type="checkbox"/>		Contato Indireto											
	34	Localização							1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado																			
	<input type="checkbox"/>		Mucosa		<input type="checkbox"/>		Cabeça/Pescoço		<input type="checkbox"/>		Mãos		<input type="checkbox"/>		Pés		<input type="checkbox"/>		Tronco		<input type="checkbox"/>		Membros Superiores		<input type="checkbox"/>		Membros Inferiores	
	35	Ferimento				36				Tipo de Ferimento																		
	1- Único 2- Múltiplo 3-Sem Ferimento 9- Ignorado		<input type="checkbox"/>		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/>		Profundo		<input type="checkbox"/>		Superficial		<input type="checkbox"/>		Dilacerante											
37	Data da Exposição		38		Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico?																							
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/>		Pré-Exposição		<input type="checkbox"/>		Pós-Exposição																				
39	Número de Doses Aplicadas		40		Data da Última Dose		41		Espécie do Animal Agressor																			
						1 - Canina 2 - Felina 3 - Quiróptera (Morcego) 4 - Primata (Macaco) 5 - Raposa 6 - Herbívora 7 - Outra 9 - Ignorado																						
42	Animal Vacinado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado																									

<b>ATENDIMENTO</b>	<b>43</b> Ocorreu Hospitalização? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		<b>44</b> Data da Internação				<b>45</b> UF				
	<b>46</b> Município do Hospital		Código (IBGE)		<b>47</b> Nome do Hospital			Código			
	<b>48</b> Principais Sinais/ Sintomas 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		<input type="checkbox"/> Aerofobia		<input type="checkbox"/> Hidrofobia		<input type="checkbox"/> Disfagia		<input type="checkbox"/> Parestesia		<input type="checkbox"/> Agressividade
<b>TRATAMENTO AATUAL</b>	<b>49</b> Aplicação de Vacina Anti-Rábica Atualmente <input type="checkbox"/> 1 – Sim 2 – Não 9 - Ignorado		<b>50</b> Data do Início do Tratamento				<b>51</b> Número de Doses Aplicadas				
	<b>52</b> Data da 1ª Dose da Vacina		<b>53</b> Data da Última Dose da Vacina				<b>54</b> Foi aplicado soro? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado				
	<b>55</b> Se Sim, Data da Aplicação		<b>56</b> Quantidade de Soro Aplicado				<b>57</b> Infiltração de Soro no(s) Local(ais) do(s) Ferimento(s) 1 - Sim, Total 2 - Sim, Parcial 3 - Não 9 - Ignorado				
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>58</b> Diagnóstico Laboratorial 1 – Positivo 2 – Negativo 3 – Inconclusivo 4 - Não realizado		<input type="checkbox"/> Imunofluorescência direta		<input type="checkbox"/> Prova biológica		<b>59</b> Variante				
	<input type="checkbox"/> Histológico		<input type="checkbox"/> Imunofluorescência indireta								
	<b>60</b> Classificação Final <input type="checkbox"/> 1 -Confirmado 2 - Descartado		<b>61</b> Critério de Confirmação / Descarte 1 - Laboratório 2 - Óbito com Clínica Compatível + Vínculo Epidemiológico 3 - Evolução Clínica Incompatível				<input type="checkbox"/>				
<b>INVESTIGADOR</b>	<b>Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 45 dias)</b>										
	<b>62</b> Caso autóctone do município de residência <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Indeterminado		<b>63</b> UF		<b>64</b> País		<b>65</b> Município				
	<b>66</b> Distrito		<b>67</b> Bairro								
	<b>68</b> Zona 1- Urbana 2- Rural 3-Periurbana 9- Ignorado		<input type="checkbox"/>		<b>69</b> Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				<input type="checkbox"/>		
<b>70</b> Data do Óbito		<input type="checkbox"/> Data do Encerramento									
<b>OBSERVAÇÃO:</b>											
Município/Unidade de Saúde						Cód. da Unid. de Saúde					
Nome				Função				Assinatura			