

ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO

DADOS GERAIS

1	Tipo de Notificação 2- Individual				
2	Agravo/doença ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO 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 Diagnóstico

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

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 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 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 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				Etnia 1- Tupiniquim 2- Guarani 9- Ignorado		
15	Número do Cartão SUS		16			Nome da mãe	
PcD (pessoa com deficiência) 1- sim 2- não		Pessoa em situação de rua 1- sim 2- não		CPF do paciente		Nacionalidade	
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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30			País (se residente fora do Brasil)	

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

31	Ocupação																		
32	Tipo de Exposição ao Vírus Rábico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Contato indireto <input type="checkbox"/> Arranhadura <input type="checkbox"/> Lambadura <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Outro																		
33	Localização 1 - Sim 2 - Não 3 - Desconhecida <input type="checkbox"/> Mucosa <input type="checkbox"/> Cabeça/Pescoço <input type="checkbox"/> Mãos/Pés <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Membros Superiores <input type="checkbox"/> Membros Inferiores																		
34	Ferimento <input type="checkbox"/>		35									Tipo de Ferimento <input type="checkbox"/> Profundo <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Dilacerante							
36		Data da Exposição		37							Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico? <input type="checkbox"/> Pré-Exposição <input type="checkbox"/> Pós-Exposição								
38		Se Houve, quando foi concluído? 1 - Até 90 dias 2 - Após 90 dias		39							Nº de Doses Aplicadas								
40												Espécie do Animal Agressor 1 - Canina 2 - Felina 3 - Quiróptera (Morcego) 4 - Primata (Macaco) 5 - Raposa 6 - Herbívoro doméstico (especificar) 7 - Outra							
41						Condição do Animal para Fins de Conduta do Tratamento 1 - Sadio 2 - Suspeito 3 - Raivoso 4 - Morto/ Desaparecido						42						Animal Passível de Observação ? (Somente para Cão ou Gato) 1 - Sim 2 - Não	

43 Tratamento Indicado <small>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</small> <input style="float: right;" type="checkbox"/>				
VACINA				
44 Laboratório Produtor Vacina <small>1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 4 - Outro Especificar)</small> <input style="float: right;" 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) <small>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</small> <input style="float: right;" type="checkbox"/>				
49 Houve Interrupção do Tratamento <small>1 - Sim 2 - Não</small> <input type="checkbox"/>	50 Qual o Motivo da Interrupção <small>1 - Indicação da Unidade de Saúde 2 - Abandono 3 - Transferência</small> <input type="checkbox"/>			
51 Se houve Abandono do Tratamento, a Unidade de Saúde Procurou o Paciente <small>1 - Sim 2 - Não</small> <input type="checkbox"/>	52 Evento Adverso à Vacina <small>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</small> <input type="checkbox"/>			
53 Indicação do Soro Anti-Rábico <small>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</small> <input type="checkbox"/>	54 Peso do Paciente _____ kg	55 Quantidade de Soro Aplicada _____ ml <small>1 - Heterólogo 2 - Homólogo</small> <input type="checkbox"/>		
56 Infiltração de Soro no(s) Local(is) do(s) Ferimento(s) <small>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</small> <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial	57 Laboratório Produtor do Soro Anti-Rábico <small>1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 4 - Outro (Especificar): _____</small> <input type="checkbox"/>			
58 Número da Partida	59 Evento Adverso ao Soro Anti-Rábico <small>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</small> <input type="checkbox"/>	60 Data do Encerramento do Caso		

Observações:

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