

ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO

DADOS GERAIS

1	Tipo de Notificação	2- Individual		
2	Agravo/doença	Código (CID10)	3	Data da Notificação
ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO		W 64		
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	11	Sexo	12	Gestante	13	Raça/Cor	
1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
14	Escolaridade	15		Número do Cartão SUS	16	Nome da mãe	13	Etnia
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							1- Tupiniquim 2- Guarani 9- Ignorado	
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				

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		
1 - Único 2 - Múltiplo 3 - Sem ferimento 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado							
36	Data da Exposição	37	Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico?	<input type="checkbox"/> Pré-Exposição		<input type="checkbox"/> Pós-Exposição			
		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado							
38	Se Houve, quando foi concluído?	<input type="checkbox"/>	39	Nº de Doses Aplicadas	UUU				
1 - Até 90 dias 2 - Após 90 dias									
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	<input type="checkbox"/>	42	Animal Passível de Observação ? (Somente para Cão ou Gato)	<input type="checkbox"/>				
1 - Sadio 2 - Suspeito 3 - Raivoso 4 - Morto/ Desaparecido			1 - Sim 2 - Não						

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	<input type="checkbox"/>
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 1 - Sim 2 - Não	50 Qual o Motivo da Interrupção 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 1 - Sim 2 - Não	52 Evento Adverso à Vacina 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>
53 Indicação do Soro Anti-Rábico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	54 Peso do Paciente kg	55 Quantidade de Soro Aplicada ml 1 - Heterólogo 2 - Homólogo
56 Infiltração de Soro no(s) Local(is) do(s) Ferimento(s) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial	57 Laboratório Produtor do Soro Anti-Rábico 1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 4 - Outro (Especificar):	
58 Número da Partida	59 Evento Adverso ao Soro Anti-Rábico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	60 Data do Encerramento do Caso

Observações:

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