

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	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 Atendimento		
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento			
Notificação Individual	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 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 a 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 se aplica					
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
	17 UF		18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
Dados de Residência	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)		
	Dados Complementares do Caso					
	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"/> Lamedura <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 1 - Único 2 - Múltiplo 3- Sem ferimento 9 - Ignorado		35 Tipo de Ferimento 1 - Sim 2 - Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Profundo <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Dilacerante				
36 Data da Exposição		37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <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				
Tratamento Atual	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					
	Vacina 44 Laboratório Produtor Vacina 1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 4- Outro Especificar					
	45 Número do Lote		46 Data do Vencimento			

Tratamento Atual	47 Datas das Aplicações da Vacina (dia e mês)				
	Data da 1 ^a dose	Data da 2 ^a dose	Data da 3 ^a dose	Data da 4 ^a dose	Data da 5 ^a dose
	48 Condição Final do Animal (após período de observação) <input type="checkbox"/>				
	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				
	49 Houve Interrupção do Tratamento <input type="checkbox"/>		50 Qual o Motivo da Interrupção <input type="checkbox"/>		
	1 - Sim 2 - Não		1 - Indicação da Unidade de Saúde 2 - Abandono 3 - Transferência		
	51 Se houve Abandono do Tratamento, a Unidade de Saúde Procurou o Paciente <input type="checkbox"/>			52 Evento Adverso à Vacina <input type="checkbox"/>	
	1 - Sim 2 - Não			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
53 Indicação do Soro Anti-Rábico <input type="checkbox"/>		54 Peso do Paciente	55 Quantidade de Soro Aplicada <input type="checkbox"/>		
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		_____ Kg.	_____ ml 1 - Heterólogo 2 - Homólogo		
56 Infiltração de Soro no(s) Local(is) do(s) Ferimento(s) <input type="checkbox"/>		57 Laboratório Produtor do Soro Anti-Rábico <input type="checkbox"/>			
1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial		1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 4 - Outro (Especificar) _____			
58 Número da Partida		59 Evento Adverso ao Soro Anti-Rábico <input type="checkbox"/>	60 Data do Encerramento do Caso		
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		

Observações:

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
	Nome		Assinatura
	Atendimento Anti-Rabico Humano	Sinan Net	SVS 27/09/2005