

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 RAIVA HUMANA		Código (CID10) A 8 2.9	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas		
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 1-1ºTrimestre 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 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 se aplica				
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	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)		

Dados Complementares do Caso

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"/> Lamedura <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 1- Único 2- Múltiplo 3-Sem Ferimento 9- Ignorado	
	36 Tipo de Ferimento 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
Atendimento	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	42 Animal Vacinado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	43 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	44 Data da Internação
	45 UF	
Atendimento	46 Município do Hospital	Código (IBGE)
	47 Nome do Hospital	Código
48 Principais Sinais/ Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Aerofobia <input type="checkbox"/> Hidrofobia <input type="checkbox"/> Disfaça <input type="checkbox"/> Parestesia <input type="checkbox"/> Agressividade <input type="checkbox"/> Paralisia <input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Outro (s): _____		

Tratamento Atual	49 Aplicação de Vacina Anti-Rábica Atualmente <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		50 Data do Início do Tratamento 	
	51 Número de Doses Aplicadas 	52 Data da 1ª Dose da Vacina 	53 Data da Última Dose da Vacina 	
	54 Foi aplicado soro? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	55 Se Sim, Data da Aplicação 	56 Quantidade de Soro Aplicado ml	
	57 Infiltração de Soro no(s) Local(ais) do(s) Ferimento(s) 1 - Sim, Total 2 - Sim, Parcial 3 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			

Conclusão	58 Diagnóstico Laboratorial 1 - Positivo <input type="checkbox"/> Imunofluorescência direta <input type="checkbox"/> Prova biológica 2 - Negativo <input type="checkbox"/> Histológico <input type="checkbox"/> Imunofluorescência indireta 3 - Inconclusivo <input type="checkbox"/> 4 - Não realizado <input type="checkbox"/>		59 Variante 	
	60 Classificação Final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado	61 Critério de Confirmação / Descarte <input type="checkbox"/> 1 - Laboratório 2 - Óbito com Clínica Compatível + Vínculo Epidemiológico 3 - Evolução Clínica Incompatível		
	Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 45 dias)			
	62 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado <input type="checkbox"/>		63 UF 	64 País
	65 Município 	Código (IBGE) 	66 Distrito 	67 Bairro
68 Zona 1- Urbana 2- Rural 3-Periurbana 9- Ignorado <input type="checkbox"/>				
69 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		70 Data do Óbito 	71 Data do Encerramento 	

Informações Complementares

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Código da Unid. de Saúde
	Nome	Assinatura
	Função	Assinatura

Raiva Humana

Sinan NET

SVS 08/06/2006