



REQUISIÇÃO DE SOROLOGIA PARA RAIVA DE AMOSTRA HUMANA

1) REQUISITANTE																			
Cód. CNES:																			
Município:																		UF:	
Telefone: ()					Fax: ()														
E-mail:																			
2) DADOS DO PACIENTE																			
Nome:																			
CPF:										RG:					UF:				
Data Nasc.: / /					Sexo: () Masculino () Feminino														
Nome da Mãe:																			
Endereço:																			
															Bairro:				
Município:																			
Telefone:										UF:					CEP: -				
3) OUTRAS INFORMAÇÕES																			
Portador de doença crônica?										() SIM () NÃO									
Qual?																			
Faz uso contínuo de medicamentos?										() SIM () NÃO									
Qual?																			
Exerce atividade com risco de exposição à raiva?										() SIM () NÃO									
Qual?																			
Sofreu acidente com risco de exposição à raiva?										() SIM () NÃO									
Em qual cidade/Estado?																			
Foi vacinado?										() SIM () NÃO									
Data da última vacina: / /										Via de administração: () Intramuscular () Intradérmica									
4) AMOSTRA																			
() Soro () Sangue () Líquor										Data da coleta: / /									
5) MOTIVO DA SOLICITAÇÃO																			
() Primeira sorologia após conclusão de esquema de pré-exposição																			
() Sorologia de controle periódico (esquema de pré-exposição)																			
() Sorologia após reforço recente																			
() Sorologia, após acidente, de paciente já submetido a esquema de pré-exposição																			
() Sorologia, após acidente, de paciente já submetido a esquema de pós-exposição																			
() Sorologia de paciente suspeito de raiva																			
Observações:																			

* Todas as informações preenchidas acima são de responsabilidade do solicitante, ficando sua veracidade a cargo deste.

_____, / /
Local/Data

Assinatura do solicitante e carimbo