



**Dados Gerais**

1 Tipo de Notificação **2 - Individual**

2 Agravado/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 Atendimento

**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  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

**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 Ocupação

32 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico  1 - Sim  2 - Não  9 - Ignorado  Contato Indireto  Arranhadura  Lamedura  Mordedura  Outro

33 Localização  1 - Sim  2 - Não  3 - Desconhecida  Mucosa  Cabeça/Pescoço  Mãos/Pés  Tronco  Membros Superiores  Membros Inferiores

34 Ferimento  1 - Único  2 - Múltiplo  3 - Sem ferimento  9 - Ignorado  35 Tipo de Ferimento  1 - Sim  2 - Não  9-Ignorado  Profundo  Superficial  Dilacerante

36 Data da Exposição 37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico ?  1 - Sim  2 - Não  9 - Ignorado  Pré-Exposição  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

<b>47</b> 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>48</b> Condição Final do Animal (após período de observação) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>				
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				
<b>49</b> Houve Interrupção do Tratamento <input type="checkbox"/>		<b>50</b> Qual o Motivo da Interrupção <input type="checkbox"/>		
1 - Sim    2 - Não		1 - Indicação da Unidade de Saúde    2 - Abandono    3 - Transferência		
<b>51</b> Se houve Abandono do Tratamento, a Unidade de Saúde Procurou o Paciente <input type="checkbox"/>			<b>52</b> Evento Adverso à Vacina <input type="checkbox"/>	
1 - Sim    2 - Não			1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado	
<b>53</b> Indicação do Soro Anti-Rábico <input type="checkbox"/>		<b>54</b> Peso do Paciente	<b>55</b> Quantidade de Soro Aplicada <input type="checkbox"/>	
1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado		<input type="text"/> Kg.	<input type="text"/> ml    1 - Heterólogo    2 - Homólogo	
<b>56</b> Infiltração de Soro no(s) Local(is) do(s) Ferimento(s) <input type="checkbox"/>		<b>57</b> 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) _____		
<b>58</b> Número da Partida <input type="text"/>		<b>59</b> Evento Adverso ao Soro Anti-Rábico <input type="checkbox"/>	<b>60</b> Data do Encerramento do Caso <input type="text"/>	
		1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado		

**Observações:**


**ENDEREÇO DO PROPRIETÁRIO DO ANIMAL AGRESSOR**

RUA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_

<b>Investigador</b>	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Nome	Função	Assinatura
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>