



**ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO**

**FICHA DE INVESTIGAÇÃO**

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da Notificação		
	2 Agravo/doença <b>ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO</b>		Código (CID10) W64	3 Data da Notificação	
	4 UF SP	5 Município de Notificação JUNDIAÍ	Código (IBGE) 3 5 2 5 9 0		
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		CNES	7 Data do Atendimento	
	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 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 / CPF		16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida, estrada, travessa...)		
	22 Número	23 Complemento (bloco, torre, apto.)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone (Pref. WhatsApp)		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 Virus 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			
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					
Tratamento Atual	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		
	47 Datas das Aplicações da Vacina Data da 1ª dose Data da 2ª dose Data da 3ª dose Data da 4ª dose				

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

Observações: (Descrever o ocorrido, região do ferimento)

**DADOS PARA OBSERVAÇÃO DO ANIMAL AGRESSOR**

<b>Nome do tutor</b>		<b>Tel.:</b>
<b>Rua</b>		<b>Nº</b>
<b>Complemento:</b>	<b>Bairro:</b>	<b>Cidade:</b>
<b>Nome:</b>	<b>Raça:</b>	<b>Sexo:</b>
<b>Porte:</b>	<b>Cor do pelo:</b>	
Nome do profissional responsável pelo preenchimento	Função	Nº do Conselho

**PARA USO DA VIG. EPIDEMIOLÓGICA**

**PARA USO DA VISAM (ZONOSSES)**

<b>RESULTADO DA OBSERVAÇÃO ANIMAL</b>	
<input type="checkbox"/> Animal observado.	
<input type="checkbox"/> Animal não observado	
<input type="checkbox"/> Animal de outro município	<input type="checkbox"/> Espécie não observável
<input type="checkbox"/> Endereço não localizado	<input type="checkbox"/> Animal não localizado
<b>Data:</b> ____/____/____	
<b>Realizado por:</b> _____	