

1 Tipo de Notificação		2 Agravado/doença		3 Data da Notificação	
4 UF		5 Município de Notificação		6 Código (IBGE)	
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 Data do Atendimento		8 Nome do Paciente	
10 (ou) Idade		11 Sexo		12 Gestante	
14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
17 UF		18 Município de Residência		19 Código (IBGE)	
20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		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		30 País (se residente fora do Brasil)		31 Ocupação	
32 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico		33 Localização		34 Ferimento	
35 Tipo de Ferimento		36 Data da Exposição		37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico ?	
38 Se Houve, quando foi concluído?		39 N° de Doses Aplicadas		40 Espécie do Animal Aggressor	
41 Condição do Animal para Fins de Conduita do Tratamento		42 Animal Passível de Observação ? (Somente para Cão ou Gato)		43 Tratamento Indicado	
44 Laboratório Produtor Vacina		45 Número do Lote		46 Data do Vencimento	

47 **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"/>

48 **Condição Final do Animal (após período de observação)**

- 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**

- 1 - Sim 2 - Não

50 Qual o Motivo da Interrupção

- 1 - Indicação da Unidade de Saúde 2 - Abandono 3 - Transferência

51 **Se houve Abandono do Tratamento, a Unidade de Saúde Procurou o Paciente**

- 1 - Sim 2 - Não

52 Evento Adverso à Vacina

- 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

53 **Indicação do Soro Anti-Rábico**

- 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

54 Peso do Paciente

kg

55 Quantidade de Soro Aplicada

ml

- 1 - Heterólogo 2 - Homólogo

56 **Infiltração de Soro no(s) Local(is) do(s) Ferimento(s)**

- 1 - Sim 2 - Não Total Parcial

57 Laboratório Produtor do Soro Anti-Rábico

- 1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 4 - Outro (Especificar)

58 **Número da Partida**

59 Evento Adverso ao Soro Anti-Rábico

- 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

60 Data do Encerramento do Caso

DADOS SOBRE O ANIMAL AGRESSOR

Nome do Proprietário

Endereço

Espécie

Idade

Sal do Rins

SIM

NÃO

Nome

Pelagem

OBSERVAÇÕES REALIZADAS

1ª DIA / / NORMAL SUSPEITO MORREU DESAPARECEU

2ª DIA / / NORMAL SUSPEITO MORREU DESAPARECEU

10ª DIA / / NORMAL SUSPEITO MORREU DESAPARECEU

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cod. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Atendimento Anti-Rábico Humano

Sinanet

SVS 27/09/2005