

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		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	RAIVA HUMANA		A 8 2.9		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	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			
Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	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 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 <input type="checkbox"/>		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
	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
Atendimento	45	UF			
	46	Município do Hospital	Código (IBGE)	47	Nome do Hospital
		48	Principais Sinais/ Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Aerofobia <input type="checkbox"/> Hidrofobia <input type="checkbox"/> Disfaquia <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"/>	50	Data do Início do Tratamento
		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	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"/>	55	Se Sim, Data da Aplicação
		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		56	Quantidade de Soro Aplicado
					ml
	57	Infiltração de Soro no(s) Local(ais) do(s) Ferimento(s)	<input type="checkbox"/>		
		1 - Sim, Total 2 - Sim, Parcial 3 - Não 9 - Ignorado			

Conclusão	58	Diagnóstico Laboratorial	<input type="checkbox"/>	Imunofluorescência direta	<input type="checkbox"/>	Prova biológica	59	Variante
		1 - Positivo						
		2 - Negativo						
		3 - Inconclusivo	<input type="checkbox"/>	Histológico	<input type="checkbox"/>	Imunofluorescência indireta		
		4 - Não realizado						
		60	Classificação Final	<input type="checkbox"/>	61	Critério de Confirmação / Descarte	<input type="checkbox"/>	
		1 - Confirmado 2 - Descartado			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?	<input type="checkbox"/>	63	UF	64	País	
		1-Sim 2-Não 3-Indeterminado						
	65	Município		Código (IBGE)	66	Distrito	67	Bairro
	68	Zona						<input type="checkbox"/>
				1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado				
	69	Doença Relacionada ao Trabalho	<input type="checkbox"/>	70	Data do Óbito	71	Data do Encerramento	
		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado						

Informações Complementares

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Código da Unid. de Saúde
	Nome	Função
	Assinatura	
	Raiva Humana	Sinan NET
	SVS	08/06/2006