

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO		
	2 Agravo/doença	Código (CID10) W 64		3 Data da Notificação	
Notificação Individual	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Atendimento		
Dados de Residência	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	13 Raça/Cor
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-Esíno médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Esíno 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			
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	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 <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"/> Mão/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 <input type="checkbox"/> 2 - Após 90 dias <input type="checkbox"/> 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	42 Animal Passível de Observação ? (Somente para Cão ou Gato) <input type="checkbox"/> 1 - Sadio 2 - Suspeito 3 - Raivoso 4 - Morto/ Desaparecido 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				
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				

47	Datas das Aplicações da Vacina (dia e mês)						
	Data da 1 ^a dose	Data da 2 ^a dose	Data da 3 ^a dose	Data da 4 ^a dose	Data da 5 ^a dose		
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		
	6 - Ignorado						
49	Houve Interrupção do Tratamento	<input type="checkbox"/>	50	Qual o Motivo da Interrupção			
	1 - Sim	2 - Não		1 - Indicação da Unidade de Saúde	2 - Abandono		
				3 - Transferência	<input type="checkbox"/>		
51	Se houve Abandono do Tratamento, a Unidade de Saúde Procurou o Paciente						
	1 - Sim	2 - Não	<input type="checkbox"/>	52	Evento Adverso à Vacina		
				1 - Sim	2 - Não		
				3 - Ignorado	<input type="checkbox"/>		
53	Indicação do Soro Anti-Rábico	<input type="checkbox"/>	54	Peso do Paciente	55	Quantidade de Soro Aplicada	
	1 - Sim	2 - Não	9 - Ignorado		Kg.		ml
						1 - Heterólogo	2 - Homólogo
56	Infiltração de Soro no(s) Local(is) do(s) Ferimento(s)					57	Laboratório Produtor do Soro Anti-Rábico
	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) _____
58	Número da Partida					59	Evento Adverso ao Soro Anti-Rábico
	1 - Sim	2 - Não	9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	60	Data do Encerramento do Caso	

Observações:

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função
		Assinatura
	Atendimento Anti-Rábico Humano	Sincr. Net
		SVS - 27/09/2005