República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO RAIVA HUMANA

CASO SUSPEITO: Todo paciente com quadro clínico sugestivo de encefalite rábica, com antecedentes ou não de exposição à infecção pelo vírus rábico.

1 Tipo de Notificação
2 - Individual

iniecção pelo virus rábico.				
	1 Tipo de Notificação 2 - Individual			
.sı	2 Agravo/doença Código (CID10) 3 Data da Notificação			
erai	RAIVA HUMANA A 8 2.9			
Dados Gerais	4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)			
Da				
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código Todata dos Primeiros Sintomas			
Notificação Individual	8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento			
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mès 4 - Ano 1 - Ignorado 1 - Ignora			
	14 Escolaridade O-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) 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 Nome da mãe			
	17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito			
Dados de Residência	II Mulicipio de Residencia			
	20 Bairro 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 Hrbana 2 Pural 30 País (se residente fora do Brasil)			
	29 2011a 1 - Urbana 2 - Rural 30 País (se residente fora do Brasil) 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
Dados Complementares do Caso				
	31 Data da Investigação 32 Ocupação			
	Tipo de Exposição ao Vírus Rábico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Arranhão Lambedura Mordedura Contato Indireto			
gicos	34 Localização 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
miole	Mucosa Cabeça/Pescoço Mãos Pés Tronco Membros Superiores Membros Inferiores			
Antecedentes Epidemiológicos	Ferimento 1- Único 2- Múltiplo 3-Sem Ferimento 9- Ignorado 1 - Único 2- Múltiplo 3-Sem Ferimento 9- Ignorado 1 - Único 2- Múltiplo 3-Sem Ferimento 9- Ignorado 1 - Único 2- Múltiplo 3-Sem Ferimento 9- Ignorado 1 - Único 2- Múltiplo 3-Sem Ferimento 9- Ignorado 1 - Único 2- Múltiplo 3-Sem Ferimento 9- Ignorado 1 - Único 2- Múltiplo 3-Sem Ferimento 9- Ignorado 1 - Único 2- Múltiplo 3-Sem Ferimento 9- Ignorado 1 - Único 2- Múltiplo 3-Sem Ferimento 9- Ignorado 1 - Único 2- Múltiplo 3-Sem Ferimento 9- Ignorado 1 - Único 2- Múltiplo 3-Sem Ferimento 9- Ignorado			
edente	Data da Exposição 38 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico?			
ntece	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Pré-Exposição Pós-Exposição 39 Número de Doses Aplicadas			
₹	39 Numero de Doses Aplicadas			
	41 Espécie do Animal Agressor 42 Animal Vacinado			
	1 - Canina 2 - Felina 3 - Quiróptera (Morcego) 4 - Primata (Macaco) 5 - Raposa 6 - Herbívora 7 - Outra 9 - Ignorado			
	43 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Atendimento	46 Município do Hospital Código (IBGE) 47 Nome do Hospital Código			
Atenc	48 Principais Sinais/ Sintomas Aerofobia Hidrofobia Disfagia Parestesia Agressividade			
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Paralisia Agitação Psicomotora Febre Outro (s):			
	Raiva Humana Sinan NET SVS 08/06/2006			

		49 Aplicação de Vacina Anti-Rábica Atualmente
		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Tratamento	ıaı	Número de Doses Aplicadas 52 Data da 1ª Dose da Vacina 53 Data da Última Dose da Vacina 1 1 1 1 1 1 1 1 1
Trata	NA I	Foi aplicado soro? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 55 Se Sim, Data da Aplicação
		Infiltração de Soro no(s) Local(ais) do(s) Ferimento(s) 1 - Sim, Total 2 - Sim, Parcial 3 - Não 9 - Ignorado
		Diagnóstico Laboratorial 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado Diagnóstico Laboratorial Prova biológica Prova biológica Imunofluorescência indireta
		Classificação Final
Conclusão		Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 45 dias) O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado
		Código (IBGE) 66 Distrito 67 Bairro
		Zona 1- Urbana 2- Rural 3-Periurbana 9- Ignorado
		Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 70 Data do Óbito 71 Data do Encerramento
Info	_ rm	acões Complementares
Info	rm	ações Complementares
		ações Complementares Município/Unidade de Saúde Código da Unid. de Saúde
Investigador		

Sinan NET