

SES: (Periodicidade de notificação – Até 24 horas) N°

Campo de preenchimento do enfermeiro: O prazo de notificação no SINAN foi cumprido?

( ) Sim ( ) Não

## SINAN

### SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual						
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação				
	ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO		W 64							
	4	UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)				
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data do Atendimento				
	8	Nome do Paciente				9	Data de Nascimento			
	10	(ou) Idade		11	Sexo	12	Gestante	13	Raça/Cor	
	14	Escolaridade								
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,...)		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								
	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 Agressor		41	Condição do Animal para Fins de Conduta do Tratamento		42	Animal Passível de Observação ? (Somente para Cão ou Gato)		
	43	Tratamento Indicado								
Tratamento Atual	44	Laboratório Produtor Vacina								
	45	Número do Lote		46	Data do Vencimento					

