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

Campo de preenchimento do <u>enfermeiro</u>: O prazo de notificação no SINAN foi cumprido?

() Sim ()Não

SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

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		
Dados Gerais	2 Agravo/doença RAIVA HUMANA Código (CID10) 3 Data da Notificação A 8 2.9		
	4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código Data dos Primeiros Sintomas		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 1 - Ignorado 1		
	O-Analfabeto 1-1-9 a 49 série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4º série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5º a 8º série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleta (o EF (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleta (o EF) (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleta (o EF) (antigo primário ou 1º grau) 5		
	17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito		
Dados de Residência	20 Bairro		
	22 Número 23 Complemento (apto., casa,)		
	26 Ponto de Referência 27 CEP 28 (DDD) Telefone 29 Zona		
	3 - Periurbana 9 - Ignorado		
	Dados Complementares do Caso 31 Data da Investigação 32 Ocupação		
intecedentes Epidemiológicos	33 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Arranhão Lambedura Mordedura Contato Indireto		
	Al Localização 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Mucosa Cabeça/Pescoço Mãos Pés Tronco Membros Superiores Membros Inferiores		
	35 Ferimento 36 Tipo de Ferimento		
	1- Único 2- Múltiplo 3-Sem Ferimento 9- Ignorado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Profundo Superficial Dilacerante 37 Data da Exposição 38 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico?		
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Pré-Exposição Pós-Exposição 39 Número de Doses Aplicadas		
A	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 9 - Ignorado 4 - Primata (Macaco) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Atendimento	43 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	46 Município do Hospital Código (IBGE) 47 Nome do Hospital Código		
	48 Principais Sinais/ Sintomas Aerofobia Hidrofobia Disfagia Parestesia Agressividade		
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Paralisia Agitação Psicomotora Febre Outro (s): Sinan NET SVS 08/06/2006		
	Raiva Humana Sinan NET SVS 08/06/2006		

	49 Aplicação de Vacina Anti-Rábica Atualmente 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tratamento Atual	51 Número de Doses Aplicadas 52 Data da 1ª Dose da Vacina 53 Data da Última Dose da Vacina		
Tratal Atı	Foi aplicado soro? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 55 Se Sim, Data da Aplicação I ml		
	Infiltração de Soro no(s) Local(ais) do(s) Ferimento(s) 1 - Sim, Total 2 - Sim, Parcial 3 - Não 9 - Ignorado		
Conclusão	58 Diagnóstico Laboratorial 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado Drova biológica Prova biológica Imunofluorescência indireta		
	60 Classificação Final 61 Critério de Confirmação / Descarte 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? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado		
	65 Município Código (IBGE) 66 Distrito 67 Bairro		
	68 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		
Informações Complementares			
ador	Município/Unidade de Saúde Código da Unid. de Saúde		
Investigador	Nome Função Assinatura		
	Raiva Humana Sinan NET SVS 08/06/2006		