

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

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	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,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
	26 Ponto de Referência		27 CEP	
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação	
	33 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico			
	34 Localização			
	35 Ferimento			
	36 Tipo de Ferimento			
	37 Data da Exposição			
Atendimento	38 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico?			
	39 Número de Doses Aplicadas			
	40 Data da Última Dose			
	41 Espécie do Animal Agressor			
	42 Animal Vacinado			
	43 Ocorreu Hospitalização?			
44 Data da Internação				
45 UF				
46 Município do Hospital				
47 Nome do Hospital				
48 Principais Sinais/ Sintomas				
49 Outros (s):				

