



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE

SINAN
SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO / NOTIFICAÇÃO
ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO

Nº

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	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado
	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 a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica			
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, ...)
Dados Complementares do Caso	24	Geo Campo 1		25 Geo Campo 2	
	26	Ponto de Referência		27 CEP	
	28	(DDD) Telefone		29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado
	30	País (se residente fora do Brasil)			
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"/> Mãos/Pés <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Membros Superiores <input type="checkbox"/> Membros Inferiores			
	34	Ferimento 1- Único 2- Múltiplo 2- 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
Tratamento Atual	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 2- Após 90 dias		39	Número de doses aplicadas
	40	Espécie do Animal Agressor 1- Canina 2- Felina 3- Quiróptera (Morcego) 4- Primata (Macaco) 5- Raposa 6- Herbívoro doméstico (específica) 7- Outra			
	41	Condição do Animal para Fins de Conduta do Tratamento 1- Sadio 2- Suspeito 3- Raivoso 4- Morto/Desaparecido		42	Animal Passível de Observação? (Somente para Cão ou Gato) 1- Sim 2- Não
Tratamento Atual	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			
	44	Vacina Laboratório Produtor Vacina 1- Instituto Butantan 2- Instituto Vital Brasil 3- Aventis Pasteur 4- Outro (Especificar)			
	45	Número do Lote		46	Data do Vencimento

