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

	Tipo de Notificação 2 - Individual
25	2 Agravo/doença Código (CID10) 3 Data da Notificação
Dados Gerais	ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO W 64
os G	4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)
Dade	- Indiniciple de Notificação
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data do Atendimento
	ornidade de Gaude (ou outra fonte notificadora)
	8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento
	The included accounts to the included and included accounts to the incl
dual	10 (ou) Idade 1-Hora 11 Sexo M - Masculino 12 Gestante 13 Raça/Cor
divie	2 - Ura F - Ferminino 1-1-97 mmestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 1-1-Branca 2-Preta 3-Amarela 1-Branca 2-Preta 3-Amarela
o In	4 - Ano 9-Ignorado 4-Parda 5-Indigena 9-Ignorado
açã	O-Analfabeto 1-1º a 4º série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4º série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5º à 8º série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 4-Ensino medio completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica
Notificação Individual	
Ž	Número do Cartão SUS Nome da mãe
	17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito
ncia	20 Bairro Código
Dados de Residência	Número (22 Complemento (este esse)
e Re	22 Número 23 Complemento (apto., casa,) 24 Geo campo 1
os d	25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP
Dad	26 Ponto de Referência
	28 (DDD) Telefone 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 30 País (se residente fora do Brasil)
	3 - Periurbana 9 - Ignorado
	Dados Complementares do Caso
	31 Ocupação
	Tipo de Exposição ao Vírus Rábico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Contato Indireto Arranhadura Lambedura Mordedura Outro
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Contato Indireto Arranhadura Lambedura Mordedura Outro
SO	33 Localização
pidemiológicos	1 - Sim 2 - Não 3 - Desconhecida Mucosa Cabeça/Pescoço Mãos/Pés Tronco Membros Superiores Membros Inferiores
mio	34 Ferimento 1 - Único 2 - Múltiplo 35 Tipo de Ferimento
pide	3- Sem ferimento 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 9-Ignorado Profundo Superficial Dilacerante
	36 Data da Exposição 37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico ?
dent	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Pré-Exposição Pós-Exposição
Antecedentes	38 Se Houve, quando foi concluído?
4	1 - Até 90 dias 2 - Após 90 dias
	40 Espécie do Animal Agressor 1 - Canina 2 - Felina 3 - Quiróptera (Morcego) 4 - Primata (Macaco)
	5 - Raposa 6 - Herbívoro doméstico (especificar) 7 - Outra
	41 Condição do Animal para Fins de Conduta do Tratamento 42 Animal Passível de Observação ? (Somente para Cão ou Gato)
	1 - Sadio 2 - Suspeito 3 - Raivoso 4 - Morto/ Desaparecido 1 - Sim 2 - Não
	43 Tratamento Indicado
쿌	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
Att	Vacina
ento	44 Laboratório Produtor Vacina
Tratamento Atual	1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 4- Outro Especificar)
Tra	45 Número do Lote Data do Vencimento
0.0	Atendimento Anti-Rabico Humano Sinan Net Sys 27/00/2005

Total Parcial Parcia		Data da 1 ^a dose Data da 2 ^a dose Data da 3 ^a dose Data da 4 ^a dose Data da 5 ^a dose
1 - Sim 2 - Não 1 - Indicação da Unidade de Saúde 2 - Abandono 3 - Transferência 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 2 - Outro (Especificar) 5 - Náo 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Não 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não		1 - Negativo para Raiva (Clínica) 2 - Negativo para Raiva (Laboratório) 3 - Positivo para Raiva
Signature Sign	to Atual	1 - Sim 2 - Não 1 - Indicação da Unidade de Saúde 2 - Abandono 3 - Transferência
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Seconda Seco	Tratament	1 Sim 2 Não 9 Ignorad
1 - Sim 2 - Não	500	4 Circ 2 Nig 0 Imported
Município/Unidade de Saúde Cód. da Unid. de Sa Nome Função Assinatura		1 Sim 2 Não Tatal Description 1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil
Nome Função Assinatura		
Nome Função Assinatura	Obs	servações:
Nome Função Assinatura		
	ldor (Município/Unidade de Saúde Cód. da Unid. de Sa
	Investigador	Município/Unidade de Saúde Cód. da Unid. de Sa I I I I I I I I I I I I I I I I I I I
	Investigador	Nome Função Assinatura
	Investigador	Nome Função Assinatura
	Investigador	Nome Função Assinatura