

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação 2 - Individual **HUMANO**

2 Agravado/doença **ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO** Código (CID10) 3 Data da Notificação
W 64

4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data do Atendimento

Notificação Individual

8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado 12 Gestante 13 Raça/Cor
1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano
1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado
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

15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe

Dados de Residência

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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos

31 Ocupação

32 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico Contato Indireto Arranhadura Lambadura Mordedura Outro
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

33 Localização Mucosa Cabeça/Pescoço Mãos/Pés Tronco Membros Superiores Membros Inferiores
 1 - Sim 2 - Não 3 - Desconhecida

34 Ferimento 1 - Único 2 - Múltiplo 3 - Sem ferimento 9 - Ignorado 35 Tipo de Ferimento Profundo Superficial Dilacerante
 1 - Sim 2 - Não 9-Ignorado

36 Data da Exposição 37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico ? Pré-Exposição Pós-Exposição
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

38 Se Houve, quando foi concluído? 1 - Até 90 dias 2 - Após 90 dias 39 Nº de Doses Aplicadas

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 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

Vacina

44 Laboratório Produtor Vacina 1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 4 - Outro Especificar

45 Número do Lote 46 Data do Vencimento

47 Datas das Aplicações da Vacina (dia e mês)

Data da 1ª dose Data da 2ª dose Data da 3ª dose Data da 4ª dose Data da 5ª dose

--	--	--	--	--

48 Condição Final do Animal (após período de observação)

1 - Negativo para Raiva (Clínica) 2 - Negativo para Raiva (Laboratório) 3 - Positivo para Raiva (Clínica) 4 - Positivo para Raiva (Laboratório) 5 - Morto/ Sacrificado/ Sem Diagnóstico 9 - Ignorado

49 Houve Interrupção do Tratamento **50** Qual o Motivo da Interrupção

1 - Sim 2 - Não 1 - Indicação da Unidade de Saúde 2 - Abandono 3 - Transferência

51 Se houve Abandono do Tratamento, a Unidade de Saúde Procurou o Paciente **52** Evento Adverso à Vacina

1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

53 Indicação do Soro Anti-Rábico **54** Peso do Paciente **55** Quantidade de Soro Aplicada

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Kg. ml 1 - Heterólogo 2 - Homólogo

56 Infiltração de Soro no(s) Local(is) do(s) Ferimento(s) **57** Laboratório Produtor do Soro Anti-Rábico

1 - Sim 2 - Não Total Parcial 1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 4 - Outro (Especificar) _____

58 Número da Partida **59** Evento Adverso ao Soro Anti-Rábico **60** Data do Encerramento do Caso

Observações:

Investigador Município/Unidade de Saúde Cód. da Unid. de Saúde

Nome	Função	Assinatura
Atendimento Anti-Rabico Humano	Sinan Net	SVS 27/09/2005

Conduta: _____

USO DO CENTRO DE CONTROLE DE ZONÓSES

ANIMAL AGRESSOR:

Nome do Proprietário: _____ Endereço: _____ Nº _____

Espécie: () Canina () Herbívoro () Felina () Outras () Quiróptera (Morcego) () Ignorado **Qual?** _____

Vacinado: () Sim () Não () Ignorado **Quantas Vezes?** _____ **Última Vacina (Ano)** _____

CONDIÇÃO DO ANIMAL:

No momento da agressão:

() Sadio () Suspeito () Ansioso () Desaparecido () Morto () Sacrificado () Doente () Acidentado