

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		Código (CID10)		3 Data da Notificação
	2 Agravado/doença				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	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante		13 Raça/Cor
	14 Escolaridade					
	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		30 País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares do Caso						
Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação					
	32 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico					
	33 Localização					
	34 Ferimento					
	35 Tipo de Ferimento					
	36 Data da Exposição					
	37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico ?					
Tratamento Atual	38 Se Houve, quando foi concluído?					
	39 Nº de Doses Aplicadas					
	40 Espécie do Animal Agressor					
	41 Condição do Animal para Fins de Condução do Tratamento					
42 Animal Passível de Observação ? (Somente para Cão ou Gato)						
43 Tratamento Indicado						
44 Laboratório Produtor Vacina						
45 Número do Lote						
46 Data do Vencimento						

Tratamento Atual

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

1 - Sim 2 - Não

50 Qual o Motivo da Interrupção

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

51 Se houve Abandono do Tratamento, a Unidade de Saúde Procurou o Paciente

1 - Sim 2 - Não

52 Evento Adverso à Vacina

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

53 Indicação do Soro Antirrábico

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

54 Peso do Paciente

Kg.

55 Quantidade de Soro Aplicada

ml

1 - Heterólogo 2 - Homólogo

56 Infiltração de Soro no(s) Local(is) do(s) Ferimento(s)

1 - Sim 2 - Não

Total

Parcial

57 Laboratório Produtor do Soro Antirrábico

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

58 Número da Partida

59 Evento Adverso ao Soro Anti-Rábico

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

60 Data do Encerramento do Caso

Observações:

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

Atendimento Antirrábico Humano

Sinan Net

SVS 27/09/2005