Prefeitura de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

VIA UNIDADE DE ATENDIMENTO

TERMO DE COMPROMISSO E CIÊNCIA DO TRATAMENTO PROFILÁTICO PRÉ-EXPOSIÇÃO ANTIRRÁBICO HUMANO

CRS:	**UVIS:**
Unidade de Atendimento:	
Endereço:	**Telefone:**

Declaro que estou me apresentando para tratamento profilático Pré-Exposição Antirrábico por ter contato de risco com animal durante a execução de meu trabalho. Fui orientado(a) sobre a gravidade e a mortalidade da doença e a necessidade de manutenção anual do controle sorológico de imunidade contra a doença para prevenção da mesma.

Retornar para tratamento nos dias _____
no endereço _____

_____
ASSINATURA
NOME/RG

_____
TESTEMUNHA (1)
NOME/RG

_____
TESTEMUNHA (2)
NOME/RG

Prefeitura de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

VIA UNIDADE DE ATENDIMENTO

TERMO DE COMPROMISSO E CIÊNCIA DO TRATAMENTO PROFILÁTICO PRÉ-EXPOSIÇÃO ANTIRRÁBICO HUMANO

CRS:	**UVIS:**
Unidade de Atendimento:	
Endereço:	**Telefone:**

Declaro que estou me apresentando para tratamento profilático Pré-Exposição Antirrábico por ter contato de risco com animal durante a execução de meu trabalho. Fui orientado(a) sobre a gravidade e a mortalidade da doença e a necessidade de manutenção anual do controle sorológico de imunidade contra a doença para prevenção da mesma.

Retornar para tratamento nos dias _____
no endereço _____

_____
ASSINATURA
NOME/RG

_____
TESTEMUNHA (1)
NOME/RG

_____
TESTEMUNHA (2)
NOME/RG