

Testemunhas (1): \_

Testemunhas (2): \_

## **VIA UNIDADE DE ATENDIMENTO**

## TERMO DE RECUSA DE RECEBIMENTO DE SORO ANTIRRÁBICO HUMANO

CRS:	UVIS:
Unidade de Atendimento:	<u> </u>
Endereço:	Telefone:
Nome do Paciente:	Data da agressão:
Nome do Responsável:	Grau de parentesco:
Eu,	
estou ciente que a raiva é uma doença mortal e que tenho indicação de	
ealizar o esquema pois fui	
anotar se mordido e/ou arranhado e/ou lambido) por	
animal) no(a)	(anotar locais anatômic
que pode transmitir a doença raiva.	
Diante do exposto acima, confirmo que recebi a orientação sobre os r Antirrábico.	riscos da doença raiva e que recuso a receber o S
	de de
Paciente ou responsável:	
estemunhas (1):	
estemunhas (2):	
Prefeitura de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde  VIA PACIENT TERMO DE R	
Prefeitura de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde  VIA PACIENT TERMO DE R	ECUSA DE RECEBIMENTO DE
Prefeitura de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde Coordenadoria de Vigilância em Saúde SORO ANTIR	ECUSA DE RECEBIMENTO DE RÁBICO HUMANO
Prefeitura de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde Coordenadoria de Vigilância em Saúde CRS:  VIA PACIENT TERMO DE R SORO ANTIR	ECUSA DE RECEBIMENTO DE RÁBICO HUMANO
Prefeitura de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde Coordenadoria de Vigilância em Saúde  CRS:  Unidade de Atendimento:	ECUSA DE RECEBIMENTO DE RÁBICO HUMANO  UVIS:
Prefeitura de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde Coordenadoria de Vigilância em Saúde  CRS:  Unidade de Atendimento:  Endereço:	ECUSA DE RECEBIMENTO DE RÁBICO HUMANO  UVIS:  Telefone:
Prefeitura de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde Coordenadoria de Vigilância em Saúde CRS:  Unidade de Atendimento:  Endereço:  Nome do Paciente:  Nome do Responsável:	ECUSA DE RECEBIMENTO DE RÁBICO HUMANO  UVIS:  Telefone:  Data da agressão:  Grau de parentesco:
Prefeitura de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde Coordenadoria de Vigilância em Saúde CRS:  Unidade de Atendimento:  Endereço:  Nome do Paciente:  Nome do Responsável:  Eu,	ECUSA DE RECEBIMENTO DE RÁBICO HUMANO  UVIS:  Telefone:  Data da agressão:  Grau de parentesco:  , RG:
Prefeitura de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde Coordenadoria de Vigilância em Saúde CRS:  Unidade de Atendimento:  Endereço:  Nome do Paciente:  Nome do Responsável:  Eu,	ECUSA DE RECEBIMENTO DE RÁBICO HUMANO  UVIS:  Telefone:  Data da agressão:  Grau de parentesco:  , RG:  ereceber tratamento com Soro Antirrábico, além
Prefeitura de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde Coordenadoria de Vigilância em Saúde CRS:  Unidade de Atendimento:  Endereço:  Nome do Paciente:  Nome do Responsável:  Eu,	ECUSA DE RECEBIMENTO DE RÁBICO HUMANO  UVIS:  Telefone:  Data da agressão:  Grau de parentesco:  , RG:  receber tratamento com Soro Antirrábico, alémento de la companya de
Prefeitura de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde Coordenadoria de Vigilância em Saúde CRS:  Unidade de Atendimento:  Endereço:  Nome do Paciente:  Nome do Responsável:  Eu,	ECUSA DE RECEBIMENTO DE RÁBICO HUMANO  UVIS:  Telefone:  Data da agressão:  Grau de parentesco:  , RG:  receber tratamento com Soro Antirrábico, além  (anotar espécie
Prefeitura de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde Coordenadoria de Vigilância em Saúde CRS:  Unidade de Atendimento:  Endereço:  Nome do Paciente:  Nome do Responsável:  Eu,	ECUSA DE RECEBIMENTO DE RÁBICO HUMANO  UVIS:  Telefone:  Data da agressão:  Grau de parentesco:  , RG:  receber tratamento com Soro Antirrábico, além  (anotar espécie
Prefeitura de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde Coordenadoria de Vigilância em Saúde Coordenadoria de Vigilância em Saúde CRS:  Unidade de Atendimento:  Endereço:  Nome do Paciente:  Nome do Responsável:  Eu,	ECUSA DE RECEBIMENTO DE RÁBICO HUMANO  UVIS:  Telefone:  Data da agressão:  Grau de parentesco:  , RG:  areceber tratamento com Soro Antirrábico, além  (anotar espécie  (anotar locais anatômic
Prefeitura de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde Coordenadoria de Vigilância em Saúde CRS: Unidade de Atendimento: Endereço: Nome do Paciente: Nome do Responsável: Eu,	ECUSA DE RECEBIMENTO DE RÁBICO HUMANO  UVIS:  Telefone:  Data da agressão:  Grau de parentesco:  , RG:  areceber tratamento com Soro Antirrábico, além  (anotar espécie  (anotar locais anatômic