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

VIA UNIDADE DE ATENDIMENTO

TERMO DE RECUSA DE RECEBIMENTO DE SORO ANTIRRÁBICO HUMANO

CRS:	**UVIS:**
Unidade de Atendimento:	
Endereço:	**Telefone:**
Nome do Paciente:	Data da agressão:
Nome do Responsável:	Grau de parentesco:

Eu, _____, RG: _____, **estou ciente que a raiva é uma doença mortal e que tenho indicação de receber tratamento com Soro Antirrábico**, além de realizar o esquema pois fui _____ (anotar se mordido e/ou arranhado e/ou lambido) por _____ (anotar espécie do animal) no(a) _____ (anotar locais anatômicos) que pode transmitir a doença raiva.

Diante do exposto acima, confirmo que recebi a orientação sobre os riscos da doença raiva e que recuso a receber o Soro Antirrábico.

São Paulo, _____ de _____ de _____ .

Paciente ou responsável: _____

Testemunhas (1): _____

Testemunhas (2): _____

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

VIA PACIENTE

TERMO DE RECUSA DE RECEBIMENTO DE SORO ANTIRRÁBICO HUMANO

CRS:	**UVIS:**
Unidade de Atendimento:	
Endereço:	**Telefone:**
Nome do Paciente:	Data da agressão:
Nome do Responsável:	Grau de parentesco:

Eu, _____, RG: _____, **estou ciente que a raiva é uma doença mortal e que tenho indicação de receber tratamento com Soro Antirrábico**, além de realizar o esquema pois fui _____ (anotar se mordido e/ou arranhado e/ou lambido) por _____ (anotar espécie do animal) no(a) _____ (anotar locais anatômicos) que pode transmitir a doença raiva.

Diante do exposto acima, confirmo que recebi a orientação sobre os riscos da doença raiva e que recuso a receber o Soro Antirrábico.

São Paulo, _____ de _____ de _____ .

Paciente ou responsável: _____

Testemunhas (1): _____

Testemunhas (2): _____