

Nº
Proc. Nº: 0061/2006
Folhas Nº: 10
Visto: 10

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		Código (CID 10) 3 W 64		4 Data da Notificação	
	2 Agravo/doença ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO		Código (IBGE)		5	
	6 UF	7 Município de Notificação	8			
Notificação Individual	9 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		10 Data do Atendimento	
	11 Nome do Paciente		12 Data de Nascimento		13	
	14 (ou) Idade 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano		15 Sexo M - Masculino F - Feminino 1- Ignorado		16 Gestante 1- 1º Trimestre 2- 2º Trimestre 3- 3º Trimestre 4- Idade Gestacional Ignorada 5- Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	
	17 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		18 Raça/Cor 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado			
	19 Número do Cartão SUS		20 Nome da Mãe			
Dados de Residência	21 UF		22 Município da Residência		23 Código (IBGE)	
	24 Bairro		25 Logradouro (rua, avenida ...)		26 Código	
	27 Número		28 Complemento (apto., casa, ...)		29 Geo campo 1	
	30 Geo campo 2		31 Ponto de Referência		32 CEP	
	33 (DDD) Telefone		34 Zona 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado		35 País (se reside fora do Brasil)	
	DADOS COMPLEMENTARES DO CASO					
Antecedentes Epidemiológicos	36 Ocupação					
	37 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Contato Indireto <input type="checkbox"/> Arranhadura <input type="checkbox"/> Lambedura <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Outro					
	38 Localização 1- Sim 2- Não 3- Desconhecido <input type="checkbox"/> Mucosa <input type="checkbox"/> Cabeça/Pescoço <input type="checkbox"/> Mãos/Pés <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Membros Superiores <input type="checkbox"/> Membros Inferiores					
	39 Ferimento 1- Único 2- Múltiplo 3- Sem Ferimento <input type="checkbox"/> 40 Tipo de Ferimento <input type="checkbox"/> Profundo <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Dilacerante					
	41 Data da Exposição 42 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pré-Exposição <input type="checkbox"/> Pós-Exposição					
	43 Se houve, quando foi concluído? 1- Até 90 dias 2- Após 90 dias <input type="checkbox"/> 44 Nº de Doses Aplicadas					
	45 Espécie do Animal Agressor 1- Canina 2- Felina 3- Quiróptera (Morcego) 4- Primata (Macaco) 5- Raposa 6- Herbívoro doméstico (especificar) 7- Outra					
Tratamento Atual	46 Condição do Animal para Fins de Conduta do Tratamento 1- Sadio 2- Suspeito 3- Raivoso 4- Morto /Desaparecido <input type="checkbox"/> 47 Animal Passível de Observação? (Somente para Cão e Gato) 1- Sim 2- Não					
	48 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 49 Laboratório Produtor Vacina 1- Instituto Butantan 2- Instituto Vital Brasil 3- Aventis Pasteur 4- Outro Especificar					
50 Número do Lote 51 Data do Vencimento						

