

CASO SUSPEITO: Todo paciente com quadro clínico sugestivo de encefalite rábica, com antecedentes ou não de exposição à infecção pelo vírus rábico.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravado/doença RAIVA HUMANA		Código (CID10) A 8 2.9	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas		
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 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 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 à 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				
	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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares do Caso				
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação			
	33 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Arranhão <input type="checkbox"/> Lamedura <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Contato Indireto				
	34 Localização 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Mucosa <input type="checkbox"/> Cabeça/Pescoço <input type="checkbox"/> Mãos <input type="checkbox"/> Pés <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Membros Superiores <input type="checkbox"/> Membros Inferiores				
	35 Ferimento 1- Único 2- Múltiplo 3-Sem Ferimento 9- Ignorado		36 Tipo de Ferimento 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Profundo <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Dilacerante		
	37 Data da Exposição	38 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Pré-Exposição <input type="checkbox"/> Pós-Exposição			
	39 Número de Doses Aplicadas				40 Data da Última Dose
41 Espécie do Animal Agressor 1 - Canina 2 - Felina 3 - Quiróptera (Morcego) 4 - Primata (Macaco) 5 - Raposa 6 - Herbívora 7 - Outra				42 Animal Vacinado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Atendimento	43 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			44 Data da Internação	45 UF
	46 Município do Hospital	Código (IBGE)	47 Nome do Hospital		Código
	48 Principais Sinais/ Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Aerofobia <input type="checkbox"/> Hidrofobia <input type="checkbox"/> Disfaquia <input type="checkbox"/> Parestesia <input type="checkbox"/> Agressividade <input type="checkbox"/> Paralisia <input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Outro (s): _____				

Tratamento Atual	49 Aplicação de Vacina Anti-Rábica Atualmente <input type="checkbox"/>	50 Data do Início do Tratamento
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	51 Número de Doses Aplicadas	52 Data da 1ª Dose da Vacina
	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Conclusão	54 Foi aplicado soro? <input type="checkbox"/>	55 Se Sim, Data da Aplicação
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	57 Infiltração de Soro no(s) Local(ais) do(s) Ferimento(s)	56 Quantidade de Soro Aplicado
1 - Sim, Total 2 - Sim, Parcial 3 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ml	

Conclusão	58 Diagnóstico Laboratorial	<input type="checkbox"/> Imunofluorescência direta	<input type="checkbox"/> Prova biológica	59 Variante _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	1 - Positivo	<input type="checkbox"/> Histológico	<input type="checkbox"/> Imunofluorescência indireta	
	2 - Negativo			
	3 - Inconclusivo			
60 Classificação Final <input type="checkbox"/> 61 Critério de Confirmação / Descarte <input type="checkbox"/>				
1 - Confirmado 2 - Descartado 1 - Laboratório 2 - Óbito com Clínica Compatível + Vínculo Epidemiológico 3 - Evolução Clínica Incompatível				

Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 45 dias)				
62 O caso é autóctone do município de residência?	63 UF			64 País
1-Sim 2-Não 3-Indeterminado <input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
65 Município	Código (IBGE)	66 Distrito	67 Bairro	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
68 Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			<input type="checkbox"/>
69 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/>				
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
70 Data do Óbito		71 Data do Encerramento		
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		

Informações Complementares

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Código da Unid. de Saúde		
	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
	Nome	Função	Assinatura	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
Raiva Humana	Sinan NET	SVS 08/06/2006		