



DADOS GERAIS	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL		2 AGRAVO/DOENÇA ATENDIMENTO ANTIFRÁBICO HUMANO		CÓDIGO (CID 10) W 64		3 DATA DA NOTIFICAÇÃO			
	4 UF	5 MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO					CÓDIGO (IBGE)			
	6 UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)				CÓDIGO		7 DATA DO ATENDIMENTO			
	8 NOME DO PACIENTE							9 DATA DE NASCIMENTO		
	10 (OU) IDADE		11 SEXO		12 GESTANTE			13 RAÇA/COR		
	1 - HORA 2 - DIA 3 - MÊS 4 - ANO		M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO		1 - 1º TRIMESTRE 2 - 2º TRIMESTRE 3 - 3º TRIMESTRE 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA 5 - NÃO 6 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO			1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO		
14 ESCOLARIDADE										
0 - ANALFABETO 1 - 1ª À 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		30 PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)				
				1 - URBANA 2 - RURAL 3 - PERIURBANA 9 - IGNORADO						
	DADOS COMPLEMENTARES DO CASO									
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	31 OCUPAÇÃO									
	32 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 _____									
	33 LOCALIZAÇÃO 1 - SIM 2 - NÃO 3 - DESCONFIADA <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									
	34 FERIMENTO			35 TIPO DE FERIMENTO						
	1 - ÚNICO 2 - MÚLTIPLO 3 - SEM FERIMENTO 9 - IGNORADO			1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> PROFUNDO <input type="checkbox"/> SUPERFICIAL <input type="checkbox"/> DILACERANTE						
	36 DATA DA EXPOSIÇÃO			37 TEM ANTECEDENTES DE TRATAMENTO ANTIRRÁBICO?						
				1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> PRÉ-EXPOSIÇÃO <input type="checkbox"/> PÓS-EXPOSIÇÃO						
	38 SE HOUVE, QUANDO FOI CONCLUÍDO?					39 N.º DE DOSES APLICADAS				
	1 - ATÉ 90 DIAS 2 - APÓS 90 DIAS									
	40 ESPÉCIE DO ANIMAL AGRESSOR 1 - CANINA 2 - FELINA 3 - QUIRÓPTERA (MORCEGO) 4 - PRIMATA (MACACO) 5 - RAPOSA 6 - HERBÍVORO DOMÉSTICO (ESPECIFICAR) _____ 7 - OUTRA _____									
41 CONDIÇÃO DO ANIMAL PARA FINS DE CONDUTA DO TRATAMENTO					42 ANIMAL PASSÍVEL DE OBSERVAÇÃO? (SOMENTE P/ CÃO OU GATO)					
1 - SADIO 2 - SUSPEITO 3 - RAIOSO 4 - MORTO/DESAPARECIDO					1 - SIM 2 - NÃO					
TRATAMENTO ATUAL	43 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									
	44 LABORATÓRIO PRODUTOR VACINA 1 - INSTITUTO BUTANTAN 2 - INSTITUTO VITAL BRASIL 3 - AVENTIS PASTEUR 4 - OUTRO (ESPECIFICAR) _____									
	45 NÚMERO DO LOTE					46 DATA DO VENCIMENTO				

