



DADOS GERAIS	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL		2 AGRAVO / DOENÇA ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO 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

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	8 NOME DO PACIENTE					9 DATA DE NASCIMENTO	
	10 (OU) IDADE <input type="checkbox"/> 1 - HORA <input type="checkbox"/> 2 - DIA <input type="checkbox"/> 3 - MÊS <input type="checkbox"/> 4 - ANOS	11 SEXO <input type="checkbox"/> M - MASCULINO <input type="checkbox"/> F - FEMININO <input type="checkbox"/> I - IGNORADO	12 GESTANTE 1 - 1º TRIMESTRE 2 - 2º TRIMESTRE 3 - 3º TRIMESTRE 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 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 NUMERO DO CARTÃO SUS			16 NOME DA MÃE			

DADOS DE RESIDÊNCIA	17 UF	18 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓDIGO (IBGE)	19 DISTRITO
	20 BAIRRO		CÓDIGO	21 LOGRADOURO
	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 - URBANA / RURAL 9 - IGNORADO	30 PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)

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 9 - DESCONHECIDA		<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 1 - ÚNICO 2 - MÚLTIPLO 3 - SEM FERIMENTO 9 - IGNORADO		35 TIPO DE FERIMENTO 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? 1 - ATÉ 90 DIAS 2 - APÓS 90 DIAS		39 Nº DE DOSES APLICADAS		
	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 1 - SADIO 2 - SUSPEITO 3 - RAIVOSO 4 - MORTO / DESAPARECIDO			42 ANIMAL PASSÍVEL DE OBSERVAÇÃO? (SOMENTE P/ CÃES E GATOS) 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 DA VACINA 1 - INSTITUTO BUTANTÃ 2 - INSTITUTO VITAL BRASIL 3 - AVENTIS PASTEUR 4 - OUTRO (ESPECIFICAR):			
45 NÚMERO DO LOTE			46 DATA DE VENCIMENTO	

