



**CASO SUSPEITO:** TODO PACIENTE COM QUADRO CLÍNICO SUGESTIVO DE ENCEFALITE RÁBICA, COM ANTECEDENTES OU NÃO DE EXPOSIÇÃO À INFECÇÃO PELO VÍRUS RÁBICO.

<b>DADOS GERAIS</b>	1 - TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL		3 - DATA DA NOTIFICAÇÃO		
	2 - AGRAVO / DOENÇA <b>RAIVA HUMANA</b>		CÓDIGO (CID 10) <b>A 82.9</b>		
	4 - UF	5 - MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO		CÓDIGO (IBGE)	
	6 - UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)		CÓDIGO	7 - DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS	

<b>NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL</b>	8 - NOME DO PACIENTE			9 - DATA DE NASCIMENTO		
	10 - (OU) IDADE <input type="checkbox"/>	11 - SEXO <input type="checkbox"/>	12 - GESTANTE <input type="checkbox"/>	13 - RAÇA / COR <input type="checkbox"/>		
	1 - HORA    3 - MÊS 2 - DIA    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		6 - ENSINO MÉDIO COMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU) <input type="checkbox"/>			
1 - 1ª A 4ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU)		7 - EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA				
2 - 4ª SÉRIE COMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU)		8 - EDUCAÇÃO SUPERIOR COMPLETA				
3 - 5ª A 8ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU)		9 - IGNORADO				
4 - ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU)		10 - NÃO SE APLICA				
5 - ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU)						
15 - NÚMERO DO CARTÃO SUS		16 - NOME DA MÃE				

<b>DADOS DE RESIDÊNCIA</b>	17 - UF	18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓDIGO (IBGE)	19 - DISTRITO	
	20 - ENDEREÇO (RUA, AV., PÇA, ETC.)			CÓDIGO	
	21 - NÚMERO	22 - COMPLEMENTO	23 - BAIRRO		
	24 - GEO CAMPO 1	25 - GEO CAMPO 2	26 - PONTO DE REFERÊNCIA		27 - CEP
	28 - (DDD) TELEFONE		29 - ZONA <input type="checkbox"/>	30 - PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)	
		1 - URBANA    2 - RURAL    3 - PERIURBANA    9 - IGNORADO			

**DADOS COMPLEMENTARES DO CASO**

<b>ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS</b>	31 - DATA DA INVESTIGAÇÃO	32 - OCUPAÇÃO			
	33 - TIPO DE EXPOSIÇÃO AO VÍRUS RÁBICO				
	<input type="checkbox"/> ARRANHÃO <input type="checkbox"/> LAMBEDURA <input type="checkbox"/> MORDEDURA <input type="checkbox"/> CONTATO INDIRETO				
	34 - LOCALIZAÇÃO				
	<input type="checkbox"/> MUCOSA <input type="checkbox"/> MÃOS <input type="checkbox"/> TRONCO <input type="checkbox"/> MEMBROS INFERIORES <input type="checkbox"/> CABEÇA / PESCOÇO <input type="checkbox"/> PÉS <input type="checkbox"/> MEMBROS SUPERIORES				
	35 - FERIMENTO				
<input type="checkbox"/> 1 - ÚNICO    3 - SEM FERIMENTO    36 - TIPO DE FERIMENTO <input type="checkbox"/> 2 -    9 - IGNORADO    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?			
		<input type="checkbox"/> 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				42 - ANIMAL VACINADO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1 - CANINA    2 - FELINA    3 - QUIRÓPTERA (MORCEGO)    4 - PRIMATA (MACACO) <input type="checkbox"/> 5 - RAPOSA    6 - HERBÍVORA    7 - OUTRA    9 - IGNORADO				1 - SIM    2 - NÃO    9 - IGNORADO	

<b>ATENDIMENTO</b>	43 - OCORREU HOSPITALIZAÇÃO <input type="checkbox"/>	44 - DATA DA INTERNAÇÃO	45 - UF	46 - MUNICÍPIO DO HOSPITAL	CÓDIGO (IBGE)
	1 - SIM    2 - NÃO    9 - IGNORADO				
	47 - NOME DO HOSPITAL				CÓDIGO
48 - PRINCIPAIS SINAIS /SINTOMAS					
<input type="checkbox"/> 1 - SIM    2 - NÃO    9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> AEROFOBIA <input type="checkbox"/> HIDROFOBIA <input type="checkbox"/> DISFAGIA <input type="checkbox"/> PARESTESIA <input type="checkbox"/> AGRESSIVIDADE <input type="checkbox"/> PARALISIA <input type="checkbox"/> AGITAÇÃO PSICOMOTORA <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> OUTROS:					

<b>TRATAMENTO ATUAL</b>	49 - APLICAÇÃO DE VACINA ANTI-RÁBICA ATUALMENTE <input type="checkbox"/>				50 - DATA INÍCIO DO TRATAMENTO
	1 - SIM    2 - NÃO    9 - IGNORADO				
	51 - NÚMERO DE DOSES APLICADAS		52 - DATA 1ª DOSE DA VACINA		53 - DATA ÚLTIMA DOSE DA VACINA
54 - FOI APLICADO SORO? <input type="checkbox"/>		55 - SE SIM, DATA DA APLICAÇÃO		56 - QUANTIDADE DE SORO APLICADO	
1 - SIM    2 - NÃO    9 - IGNORADO					

