



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		CÓDIGO (CID 10) A 82.9		3 – DATA DA NOTIFICAÇÃO
	2 – AGRAVO / DOENÇA RAIVA HUMANA				
	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 ☐		11 - SEXO ☐	12 - GESTANTE ☐	13 – RAÇA / COR ☐
	1 – HORA 3 – MÊS 2 – DIA 4 – ANO		M - MASCULINO F – FEMININO I - IGNORADO	1 – 1º TRIMESTRE 5 – NÃO 2 – 2º TRIMESTRE 6 – NÃO SE APLICA 3 – 3º TRIMESTRE 9 - IGNORADO 4 – IDADE GESTACIONAL IGNORADA	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 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				☐
	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 – DATA DA INVESTIGAÇÃO		32 - OCUPAÇÃO		
	33 – TIPO DE EXPOSIÇÃO AO VÍRUS RÁBICO ☐ ARRANHÃO ☐ LAMBEDURA ☐ MORDEDURA ☐ CONTATO INDIRETO				
	34 – LOCALIZAÇÃO 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO ☐ MUCOSA ☐ MÃOS ☐ TRONCO ☐ MEMBROS INFERIORES ☐ CABEÇA / PESCOÇO ☐ PÉS ☐ MEMBROS SUPERIORES				
	35 – FERIMENTO 1 – ÚNICO 3 – SEM FERIMENTO 2 – MÚLTIPLO 9 - IGNORADO 36 – TIPO DE FERIMENTO 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO ☐ PROFUNDO ☐ SUPERFICIAL ☐ DILACERANTE				
	37 – DATA DA EXPOSIÇÃO		38 – TEM ANTECEDENTES DE TRATAMENTO ANTIRRÁBICO? 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO ☐ PRÉ-EXPOSIÇÃO ☐ 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 9 - IGNORADO				42 – ANIMAL VACINADO 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO
ATENDIMENTO	43 – OCORREU HOSPITALIZAÇÃO ☐		44 – DATA DA INTERNAÇÃO	45 - UF	46 – MUNICÍPIO DO HOSPITAL
	1 – SIM 2- NÃO 9 - IGNORADO				CÓDIGO (IBGE)
	47 – NOME DO HOSPITAL				CÓDIGO
48 – PRINCIPAIS SINAIS /SINTOMAS 1 – SIM 2- NÃO 9 - IGNORADO ☐ AEROFOBIA ☐ HIDROFOBIA ☐ DISFAGIA ☐ PARESTESIA ☐ AGRESSIVIDADE ☐ PARALISIA ☐ AGITAÇÃO PSICOMOTORA ☐ FEBRE ☐ OUTROS:					
TRATAMENTO ATUAL	49 – APLICAÇÃO DE VACINA ANTIRRÁBICA ATUALMENTE ☐				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	

[illegible]