



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	Agravo/doença	Código (CID10)	3	Data da Notificação
	RAIVA HUMANA		A 8 2.9		
	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	1-1º 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 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	36	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		
	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"/> 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"/> Outro (s): _____					

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

Conclusão	58	Diagnóstico Laboratorial	1 - Positivo	2 - Negativo	3 - Inconclusivo	4 - Não realizado	<input type="checkbox"/>	Imunofluorescência direta	<input type="checkbox"/>	Prova biológica	59	Variante			
							<input type="checkbox"/>	Histológico	<input type="checkbox"/>	Imunofluorescência indireta					
	60	Classificação Final	1 - Confirmado	2 - Descartado	<input type="checkbox"/>	61	Critério de Confirmação / Descarte	1 - Laboratório	2 - Óbito com Clínica Compatível + Vínculo Epidemiológico	3 - Evolução Clínica Incompatível	<input type="checkbox"/>				
	<p>Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 45 dias)</p>														
	62	O caso é autóctone do município de residência?	1-Sim	2-Não	3-Indeterminado	<input type="checkbox"/>	63	UF	64	Pais					
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	1 - Sim	2 - Não	9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	70	Data do Óbito			71	Data do Encerramento				

Informações Complementares	

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Código da Unid. de Saúde				
	Nome		Função		Assinatura		