SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Controle de Doenças
INSTITUTO PASTEUR

REQUISIÇÃO DE SOROLOGIA PARA RAIVA DE AMOSTRA HUMANA

1) REQUISITANTE

Cód. CNES:

Município: **UF:**

Telefone: ( ) **Fax:** ( )

E-mail:

2) DADOS DO PACIENTE

Nome:

CPF: / **RG:** - **UF:**

Data Nasc.: / / **Sexo:** ( )Masculino ( )Feminino

Nome da Mãe:

Endereço:

Bairro:

Município:

Telefone: **UF:** **CEP:** -

3) OUTRAS INFORMAÇÕES

Portador de doença crônica? ( )SIM ( )NÃO

Qual?

Faz uso contínuo de medicamentos? ( )SIM ( )NÃO

Qual?

Exerce atividade com risco de exposição à raiva? ( )SIM ( )NÃO

Qual?

Sofreu acidente com risco de exposição à raiva? ( )SIM ( )NÃO

Em qual cidade/Estado?

Foi vacinado? ( )SIM ( )NÃO

Data da última vacina: / / **Via de administração:** ( ) Intramuscular ( ) Intradérmica

4) AMOSTRA

( ) **Soro** ( ) **Sangue** ( ) **Líquor** **Data da coleta:** / /

5) MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

( ) Primeira sorologia após conclusão de esquema de pré-exposição
( ) Sorologia de controle periódico (esquema de pré-exposição)
( ) Sorologia após reforço recente
( ) Sorologia, após acidente, de paciente já submetido a esquema de pré-exposição
( ) Sorologia, após acidente, de paciente já submetido a esquema de pós-exposição
( ) Sorologia de paciente suspeito de raiva

Observações:

*** Todas as informações preenchidas acima são de responsabilidade do solicitante, ficando sua veracidade a cargo deste.**

_____, ____/____/____ _____

Local/Data **Assinatura do solicitante e carimbo**

Alameda Santos, 416 – Cerqueira César – São Paulo / SP – CEP 01418-000 – Fones: (11) 3289 7738 / (11) 3145 3145 (DDR) / Fax: (11) 3289 0831
e-mail: laudo@pasteur.saude.sp.gov.br / website: www.saude.sp.gov.br/instituto-pasteur