

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	Agravado/doença			RAIVA HUMANA			Código (CID10)		A 8 2.9		3	Data da Notificação					
	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		1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 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																
	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			☐ Arranhão ☐ Lamedura ☐ Mordedura ☐ Contato Indireto										
	34	Localização			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			☐ Mucosa ☐ Cabeça/Pescoço ☐ Mãos ☐ Pés ☐ Tronco ☐ Membros Superiores ☐ Membros Inferiores										
	35	Ferimento			☐			36	Tipo de Ferimento			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ Profundo ☐ Superficial ☐ Dilacerante						
	37	Data da Exposição						38	Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico?			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ Pré-Exposição ☐ Pós-Exposição						
	39	Número de Doses Aplicadas									40			Data da Última Dose				
Atendimento	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			
	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																		
☐ Aerofobia ☐ Hidrofobia ☐ Disfagia ☐ Parestesia ☐ Agressividade																		
☐ Paralisia ☐ Agitação Psicomotora ☐ Febre ☐ Outro (s):																		

