



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RÁBICOS

I. Dados gerais

1-Unidade requisitante	2-Município
3-Profissional requisitante	

II. Dados do paciente

4-Nome completo do paciente			
5-Data de nascimento:			
6-Idade:	7-Sexo <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem.	8-Gestante: <input type="checkbox"/> 1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3º Trimestre <input type="checkbox"/> Não se aplica	
9. Nome da mãe:			
10. Endereço: rua ou avenida		11. Nº	
12. Complemento:	13. Bairro:	14. Município:	
15. Ponto de referência		16. Fone	
17. Zona <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	18. CEP	19. UF	20. País (se residente fora do Brasil)

III. Solicitação de análises

21- Data da coleta	22- Amostra <input type="checkbox"/> Sangue total <input type="checkbox"/> Soro <input type="checkbox"/> Líquor
--------------------	--

IV. Antecedentes epidemiológicos

23- Portador de doença crônica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especificar:	24- Faz uso contínuo de medicação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especificar:	25- Sofreu acidente com risco de exposição à raiva? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
26- Exerce atividade de risco de exposição à raiva? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especificar:	27- Em qual cidade/estado?	

V. Motivo da solicitação do exame

<input type="checkbox"/> Primeira sorologia após conclusão de esquema pré-exposição <input type="checkbox"/> Sorologia de controle periódico (esquema pré-exposição) <input type="checkbox"/> Sorologia após reforço recente <input type="checkbox"/> Sorologia pós-acidente de paciente já submetido a esquema pós-exposição <input type="checkbox"/> Sorologia pós acidente de paciente já submetido a esquema pré-exposição <input type="checkbox"/> Sorologia de paciente suspeito de raiva
--

VI. Histórico das vacinações contra a raiva

DATA DA PRIMEIRA VACINAÇÃO	DATA DA REVACINAÇÃO:
28- Esquema: <input type="checkbox"/> Pré-exposição <input type="checkbox"/> Pós-exposição	29- Esquema: <input type="checkbox"/> Pré-exposição <input type="checkbox"/> Pós-exposição
30- Via de administração: <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Intradérmica Número de doses:	31- Via de administração: <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Intradérmica Número de doses:
32- Fez uso de soro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo de vacina: <input type="checkbox"/> Fuenzalidas&Palácios <input type="checkbox"/> Cultivo celular (VERO, HDCV)	33- Tipo de vacina: Tipo de vacina: <input type="checkbox"/> Fuenzalidas&Palácios <input type="checkbox"/> Cultivo celular (VERO, HDCV)
34- Observações:	