

**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	<b>RAIVA HUMANA</b>		3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10) A 8 2.9	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas		
	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 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			
Dados de Residência	16 Nome da mãe				
	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 1- Único 2- Múltiplo 3-Sem Ferimento 9- Ignorado	36 Tipo de Ferimento 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		
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	
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): _____				

