

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		Código (CID10)	3	Data da Notificação			
	RAIVA HUMANA		A 8 2.9						
	4	UF	5	Município de Notificação	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	11	Sexo	12	Gestante	13	Raça/Cor	
	14		Escolaridade						
Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS		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	30			Pais (se residente fora do Brasil)
Dados Complementares do Caso									
Antecedentes Epidemiológicos	31	Data da Investigação		32				Ocupação	
	33	Tipo de Exposição ao Vírus Rábico							
	34	Localização							
	35	Ferimento		36				Tipo de Ferimento	
	37	Data da Exposição		38				Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico?	
	39	Número de Doses Aplicadas				40			
Atendimento	41	Espécie do Animal Agressor				42			Animal Vacinado
	43	Ocorreu Hospitalização?						44	Data da Internação
	45	UF		46		Município do Hospital	Código (IBGE)	47	Nome do Hospital
48								Principais Sinais/ Sintomas	

