

SEVIR-ANEXO 4 - REQUISIÇÃO DE SOROLOGIA PARA RAIVA DE AMOSTRA HUMANA



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