



RAIVA
Formulário de Testagem Antirrábica

AGRODEFESA
SES/SUVISA /Zoonose/ GVE;
SMS/SVS/DVE/GEDAT.

DADOS DO SERVIDOR

1	Nome:	
2	Município:	
3	UR-Unidade Regional:	
4	Cargo:	
5	Sexo:	
6	Telefone:	
7	E-mail:	

INFORMAÇÕES DE EXPOSIÇÃO

Exerce atividade com risco de exposição à raiva?	() sim – () não Qual?
Sofreu acidente com risco de exposição à raiva?	() sim – () não Ano? Tipo de Exposição:
Foi acidente de trabalho com risco de exposição à raiva?	() sim – () não Ano?
Após o acidente, foi submetido a esquema de pós-exposição	() sim – () não

INFORMAÇÕES DA UNIDADE DE SAÚDE

Unidade de Saúde:

() Sorologia de controle periódico (esquema de pré-exposição)

() Sorologia de paciente suspeito de raiva

OBSERVAÇÕES

ASSINATURAS

<hr/>	<hr/>
Assinatura do Servidor	Profissional de Saúde Responsável Pela Coleta
Local e Data: _____, ___/___/___	Local e Data: _____, ___/___/___