



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: _____																								
Município: _____															Bairro: _____									
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