

FORMULÁRIO DE DADOS DE AVALIAÇÃO - ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO - Data: ____/____/____

Nome: _____ ID: _____

Gestante? Não se aplica () N () S () -> 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre () Idade gestacional ignorada ()

Tipo de Exposição

Contato indireto () Arranhadura () Lamedura () Mordedura () Outros () Data do acidente: _____

Localização

Mucosa () Cabeça e pescoço () Mãos / pés () Tronco () Membros superiores () Membros inferiores ()

Ferimento

Único () Múltiplo () Sem ferimento () Ignorado ()

Profundo () Superficial () Dilacerante ()

Data da Exposição: ____/____/____

Tem antecedente de tratamento antirrábico? N () S () Pré-exposição () Pós-exposição ()
Não concluído () Concluído () Há quanto tempo? _____ Número de doses: _____

Espécie de animal

Canina () Felina () Quiróptera () Primata () Raposa () Herbívoro doméstico () Outros: _____

Condição

Sadio () Suspeito () Raivoso () Morto / desaparecido ()

Observável

Sim () Não () Incerta ()

Procedência do animal

Município de São Paulo ()

Estado de São Paulo / cidade : () _____ Outros Estados () : _____ Outros Países () : _____

Atividade associada à risco de exposição? N () S () Qual? _____

Histórico:

Histórico de contato frequente com equinos? N () S ()

Histórico de uso prévio de soro heterólogo? N () S () Ex: soro para animais peçonhentos, difteria

Histórico de anafilaxia medicamentosa ou alimentar? N () S ()

Histórico vacinal de profilaxia do tétano completo? N () S ()

Comorbidades ? N () S () Qual? _____

Imunodeficiência N () S () Qual? _____

Imunossupressão N () S () Qual? _____

Medicamentos em uso: _____

DADOS COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

Localização Geográfica do evento:

Endereço Aproximado: _____

Contexto do Acidente:

Proprietário do Animal:

Identificado ()

Morador de área livre ()

Guarda compartilhada - Ex. animal da comunidade ou praças e áreas livres ()

Não Identificado ou não sabe informar ()

Características do Animal: Descrever informações relatadas pelo paciente:

Adulto () Filhote () Não Sabe informar ()

Cor predominante: _____

Tamanho / Porte: Pequeno () Médio () Grande ()

Raça aparente: _____

Animal vacinado contra raiva N () S () Não Sabe informar ()

Nome

CRM (carimbo)

CONDUTA DO ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO:

() **OBSERVAÇÃO ANIMAL** (apenas cães e gatos).

Observação animal até ___/___/___

Em caso de óbito de cão e gato no período de observação encaminhar o corpo do animal para o serviço de zoonoses – em SP (: R. Santa Eulália, 86 - Santana, São Paulo - **(11) 3467-1187 / 3467-2344**

() **INDICAÇÃO DE VACINA RAIVA DE CULTIVO CELULAR (VERO)**

() Via de aplicação intramuscular 1 frasco (0,5mL *se fabricante Butantan* ou 1,0mL *se fabricante S.I. Índia*) – dias 0, 3, 7 e 14 -

Lote _____ Profissional: _____

() **INDICAÇÃO DE SORO ANTIRRÁBICO –**

() Ferimento grave(ferimento em face, mãos e pés **ou** extensos e profundos)

+ Provocados por **cão ou gato não observável** ou com **sinais sugestivos de raiva**

() Ferimento grave (ferimentos em face, mãos e pés **ou** extensos e profundos)

+ Provocados por **animal de produção** (bovinos, eqüídeos, caprinos, suínos e ovinos)

() **Morcegos** e outros **mamíferos silvestres**

() **INDICAÇÃO SAR**

Atenção à NT 134.2022*

PESO DO PACIENTE _____ Dose Prescrita _____

Lote _____ Profissional: _____

APLICAR O MÁXIMO POSSÍVEL INTRALESIONAL

SAR = $\frac{40 \text{ UI}}{200 \text{ UI}} \times \text{kg (peso)} = \text{___ mL}$

OBS: cada ampola tem 5mL com 200UI/mL

() **INDICAÇÃO IG HAR (as mesmas do SAR + um dos critérios abaixo) Atenção à NT 134.2022***

() Indivíduos com histórico de hipersensibilidade quando da utilização de qualquer soro heterólogo.

() Uso prévio de imunoglobulinas de origem eqüina (soros antivenenos).

() Existência de contatos frequentes com animais eqüídeos (ex. cavalo).

() **Imunodeprimidos**, nas indicações de imunoprofilaxia contra raiva, mesmo que vacinados.

PESO DO PACIENTE _____ Dose Prescrita _____

Lote _____ Profissional: _____

APLICAR O MÁXIMO POSSÍVEL INTRALESIONAL

IG HAR = $\frac{20 \text{ UI}}{150 \text{ UI}} \times \text{kg (peso)} = \text{___ mL}$

OBS: Cada ampola tem 2mL com 150UI/mL

*** Nota Técnica 134/2022** - Em situações de escassez de imunobiológicos, o Ministério da Saúde indica para os casos de acidente grave pelo **cão, gato ou animais de produção**, **apenas a infiltração local** do soro homólogo ou heterólogo.

Nome

CRM (carimbo)

- **Favor anexar prescrição do soro e vacina se indicados.**

Instituto de Infectologia "Emílio Ribas"

Av. Dr. Arnaldo, 165 | CEP 01246-900 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3896-1200