

APLICAÇÃO DE IMUNOBIOLOGICO - ATENDIMENTO ANTIRRABICO PS Data: ___/___/___

Nome: _____ ID: _____

PRESCRIÇÃO

Item	Hora da aplicação
1	

REGISTRO DO PROCEDIMENTO

() SAR () IGHAR

Lote: _____

* Volume aplicado intralesional _____

* Volume aplicado intramuscular _____

Nome
CRM (carimbo)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Peso Paciente: _____

Puncionado AVP () MSD () MSE ()outro _____

() Vacina contra Raiva - VAR - VERO -

Lote: _____ Local de aplicação: _____

() Vacina contra Tétano - Dupla Adulto dT -

Lote: _____ Local de aplicação: _____

Nome
Coren (carimbo)

ACOMPANHAMENTO DE SINAIS VITAIS

	Hora	PA	FC	Sat	Profissional	Coren
Antes						
Logo após						
15 min						
30 min						
60 min						
S/N						

