



## REQUISIÇÃO DE SOROLOGIA PARA RAIVA DE AMOSTRA HUMANA

1) REQUISITANTE																							
Cód. CNES:																							
Município:																							
Telefone: ( )												Fax: ( )											
E-mail:																							
UF:																							
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