



**FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE EXAMES PARA
AVALIAÇÃO DE ANTICORPOS ANTI - RÁBICOS EM AMOSTRA
DE SORO HUMANO - FREAAAH**

Data: 01/01/2019
Código: FREAAAH03
Revisão: 00
Página: 1 de 1

DADOS DO SOLICITANTE

UNIDADE SOLICITANTE (NÃO ABREVIAR):

MUNICÍPIO:

Estado:

FONE: ()

DADOS DO PACIENTE

NOME:

SEXO:

DATA NASCIMENTO:

R.G.:

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

PORTADOR DE PATOLOGIA CRÔNICA

NÃO () SIM () QUAL(IS):

USO CONTÍNUO DE MEDICAMENTOS

NÃO () SIM () QUAL(IS):

ATIVIDADE COM RISCO DE EXPOSIÇÃO À RAIVA

NÃO () SIM () QUAL(IS):

ACIDENTE COM RISCO DE EXPOSIÇÃO À RAIVA

NÃO () SIM () QUAL(IS):

CIDADE:

ESTADO:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DO EXAME

() PRIMEIRA SOROLOGIA APÓS CONCLUSÃO DE ESQUEMA PRÉ-EXPOSIÇÃO

() SOROLOGIA DE CONTROLE PERIÓDICO (ESQUEMA PRÉ-EXPOSIÇÃO)

() SOROLOGIA APÓS REFORÇO RECENTE

() SOROLOGIA, APÓS ACIDENTE, DE PACIENTE JÁ SUBMETIDO A ESQUEMA PÓS- EXPOSIÇÃO

() SOROLOGIA, APÓS ACIDENTE, DE PACIENTE JÁ SUBMETIDO A ESQUEMA PRÉ-EXPOSIÇÃO

() SOROLOGIA DE PACIENTE SUSPEITO DE RAIVA

HISTÓRICO DAS VACINAÇÕES CONTRA A RAIVA

1ª VACINAÇÃO

ESQUEMA

VIA DE ADMINISTRAÇÃO

DATA: / /

() PRÉ-EXPOSIÇÃO () PÓS-EXPOSIÇÃO

() INTRAMUSCULAR ()
INTRADÉRMICA

NÚMERO DE DOSES

TIPO DE VACINA

()

() FUENZALIDA & PALÁCIOS () CULTIVO CELULAR (VERO, HDCV)

AMOSTRA COLETADA

SANGUE TOTAL: Heparina ou EDTA ()

SORO: ()

LÍQUOR: ()

DATA DA COLETA: / /

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

NOME LEGÍVEL:

FUNÇÃO OU CARGO:

