

FICHA DE REQUISIÇÃO PARA SOROLOGIA DE ANTICORPOS ANTI-RAIVA

Requisição: Avaliação de anticorpos anti-rábicos em amostras de soros humanos

1. Requiritante

Unidade Regional/Órgão: _____

Município: _____

Estado: _____

Telefone: () _____

Email: _____

2. Identificação do Paciente

Nome: _____

End. Resid.: _____

Bairro: _____

CEP: _____

CPF: _____

Cartão SUS: _____

Data de Nascimento ____/____/____ Sexo: () Feminino () Masculino

Portador de doença

crônica: () Não () Sim Qual? _____

Faz uso contínuo de medicação: () Não () Sim Qual? _____

Exerce atividade com risco de exposição à raiva: () Não () Sim Qual? _____

Sofreu acidente com risco de exposição à raiva: () Não () Sim

Em qual cidade/UF? _____

3. Identificação da Amostra

Tipo: (X) Soro sanguíneo

Data da Coleta: ____/____/____

4. Motivo da solicitação do Exame

- () Primeira sorologia após conclusão de esquema de pré-exposição
- () Sorologia de controle periódico (esquema pré-exposição)
- () Sorologia após reforço recente
- () Sorologia após acidente de paciente já submetido a esquema de PÓS-EXPOSIÇÃO
- () Sorologia após acidente de paciente já submetido a esquema de PRÉ-EXPOSIÇÃO
- () Sorologia de paciente suspeito de raiva

5. Histórico das vacinações contra raiva

1ª VACINAÇÃO Data: ____/____/____. Esquema: () Pré-exposição () Pós-exposição

Via de administração: () Intramuscular () Intradérmica Número de doses: _____

Fez uso de soro: () Sim () Não Tipo de vacina: ()Fluenzalida & Palácios () Cultivo Celular (VERO, HDCV)

REVACINAÇÃO Data: ____/____/____. Esquema: () Pré-exposição () Pós-exposição

Via de administração: () Intramuscular () Intradérmica Número de doses: _____

Tipo de vacina: ()Fluenzalida & Palácios () Cultivo Celular (VERO, HDCV)

OBS: _____

Responsável pela solicitação