

# RAIVA HUMANA

## INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO

ANO DE NOTIFICAÇÃO

Nº DE ORDEM

Nº DE CASO

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO CASO

Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento

Sexo  M  F Morada \_\_\_\_\_

Código postal - Telefone

Local de trabalho / escola \_\_\_\_\_ Telefone

### 2. SINAIS E SINTOMAS

Febre  S  N  ? Cefaleias  S  N  ? Náuseas/vómitos  S  N  ? Disfagia  S  N  ? Anorexia  S  N  ?

Ataxia  S  N  ? Priapismo  S  N  ? Espasmo muscular  S  N  ? Ansiedade  S  N  ? Agitação  S  N  ?

Delírio  S  N  ? Insónias  S  N  ? Dores localizadas  S  N  ? Aerofobia  S  N  ? Hidrofobia  S  N  ?

Hipersalivação  S  N  ? Instabilidade autonómica  S  N  ? Fraqueza localizada e/ou cansaço fácil/astenia  S  N  ?

Alucinações  S  N  ? Outros sinais e sintomas: \_\_\_\_\_

### 3. INCIDENTE

Tipo de incidente: Lamedela  Mordedura  Outro  Espe-

cifique: \_\_\_\_\_

**Figura:** assinalar com uma cruz/círculo o local das lesões (mordedura, lamedela, etc.)

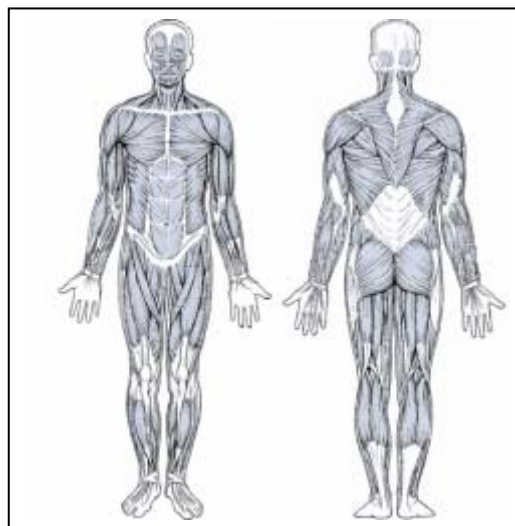
#### Lesão/ferimento:

Profundidade: Superficial  Intermédia  Profunda

Extensão: Pequena  Intermédia  Grande

Pele e/ou mucosa integra(s)  S  N  Obs.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data do incidente



### 4. TRATAMENTO

Imunoprofilaxia antitetânica (vacina)  S  N  ? Imunoprofilaxia anti-rábica: Vacina  S  N  ? Imunoglobulina  S  N  ?

Tratamento da lesão  S  N  ? Especifique o tratamento efectuado, ou a razão porque não se efectuou: \_\_\_\_\_

### 5. SINOPSE DO ANIMAL AGRESSOR

Cão  Gato  Lobo  Raposa  Morcego  Outro  Especifique: \_\_\_\_\_

Animal vivo S N ? → Animal com sinais de doença S N ? Obs.: \_\_\_\_\_

Animal vivo em observação S N ? → Por veterinário camarário S N ? → Por veterinário particular S N ? →

→ Pelo doente ou seu familiar S N ? → Por outra pessoa S N ? Quem (nome e morada): \_\_\_\_\_

Após 10 dias de observação, o animal mantinha-se vivo e sem sinais de doença S N ? Obs.: \_\_\_\_\_

Se o animal vivo não esteve 10 dias em observação, especifique porquê: \_\_\_\_\_

Animal morto: O conteúdo encefálico foi enviado para análise S N ? Obs.: \_\_\_\_\_

### 6. INFORMAÇÃO ADICIONAL

Inquérito efectuado por (nome legível) \_\_\_\_\_

Categoria profissional \_\_\_\_\_ Local de trabalho \_\_\_\_\_

Cédula profissional           Telefone           Fax

Data de realização do inquérito         Assinatura \_\_\_\_\_