



FUNDAÇÃO EZEQUIEL DIAS
INSTITUTO OCTÁVIO MAGALHÃES
DIVISÃO DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS
Rua Conde Pereira Carneiro, 80 – 30510-010 – Gameleira – Belo Horizonte – MG
Tel.: 31-3371-9683 – Tele fax: 031-3334-6717



Solicitação de Titulação de Anticorpos Contra Raiva

Município solicitante*: _____

Unidade solicitante*: _____

Gerência Regional de Saúde*: _____

Fone: (__) _____ Fax: (__) _____

Informações do Paciente

Data da Coleta do Soro*: ____/____/____

Nome*: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

Endereço de residência: _____

Município de residência: _____ Telefone: (__) _____

Motivo da Solicitação

Esquema de pós-exposição: () Vacinação () Revacinação

Esquema de pré-exposição: () Vacinação () Revacinação

Em caso de pré-exposição, especificar a atividade de risco: _____

Município onde ocorreu a exposição ou risco: _____

Portador de doença crônica: () Sim () Não

Especificar: _____

Faz uso contínuo de medicação: () Sim () Não

Especificar: _____

Informações sobre a realização de tratamentos anti-rábicos anteriores*

Data da 1ª vacinação (ou aproximada) ____/____/____

Número de doses recebidas: _____ Esquema: Pré-exposição () Pós-exposição ()

Tipo de vacina recebida: _____ Fez uso de Soro? _____

Se foi revacinado, preencher os campos abaixo:

Data da última vacinação (ou aproximada): ____/____/____ Tipo de Vacina: _____

Número de doses: _____ Esquema: Pré-exposição () Pós-exposição ()

Observação: _____

(Campos de preenchimento OBRIGATÓRIO pelo solicitante*)