



ESTADO DO PARANÁ
Secretaria de Estado da Saúde – SESA
Instituto de Saúde do Paraná – ISEP
Centro de Saúde Ambiental
Divisão de Zoonoses e Intoxicações

Soroneutralização

Dosagem de anticorpos anti-rábicos humanos

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

1. Requisitante

Unidade: _____ RS: _____
Cidade: _____ Estado: _____
Fone (____) _____ Fax: (____) _____
E-mail: _____

2. Identificação da amostra

Tipo: () Sangue () Soro () Liquor **Data da coleta:** ____/____/____

3. Identificação do paciente

Nome: _____ RG: _____
Data de nascimento ____/____/____ Sexo: () Masculino () Feminino
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/estado? _____

4. 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

5. Histórico das vacinações contra a 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: () Fuenzalida&Palácios () Cultivo Celular (VERO, HDCV)

REVACINAÇÃO: Data ____/____/____
Esquema: () Pré-exposição () Pós-exposição
Via de administração: () Intramuscular () Intradérmica
Número de doses: _____
Tipo de vacina: () Fuenzalida&Palácios () Cultivo Celular (VERO, HDCV)

OBS: _____

Responsável pela solicitação
(assinatura e carimbo)

SECRETARIA DA SAÚDE/ISEP

Centro de Saúde Ambiental
Rua piquiri, 170 – CEP 80230-140
Curitiba - PARANÁ