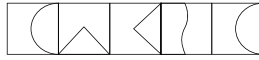


Saúde  
Secretaria Municipal



Prefeitura de

Manaus



PROGRAMA DE PROFILAXIA  
DA RAIVA

FORMULÁRIO DE  
ENCAMINHAMENTO  
DE PACIENTES PARA  
SOROTERAPIA  
ANTIRRÁBICA HUMANA

UNIDADE:

Fonte: FVS/DVA/GZ

DO:

AO:

ASSUNTO ENCAMINHAMENTO

Encaminhamos para avaliação de soroterapia o (a) Sr. (A) \_\_\_\_\_

com idade de \_\_\_\_\_ anos, por motivo

de: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Manaus, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura

Para uso da Unidade Mista de Saúde / Hospital:

Quantidade de Soros Aplicados: (ml): \_\_\_\_\_

Peso do Paciente (kg): \_\_\_\_\_

Heterólogo  Homólogo

Data da Aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Infiltração de Soro no(s) Local(is) do(s) Ferimento(s):

Total  Parcial

Laboratório Produtor do Soro Antirrábico:

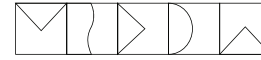
Instituto Butantan  Aventis Pasteur

Instituto Vital Brasil  Outro (Especificar) \_\_\_\_\_

Lote: \_\_\_\_\_

Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura

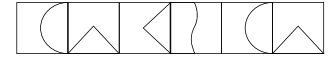


Saúde  
Secretaria Municipal



Prefeitura de

Manaus



PROGRAMA DE PROFILAXIA  
DA RAIVA

FORMULÁRIO DE  
ENCAMINHAMENTO  
DE PACIENTES PARA  
SOROTERAPIA  
ANTIRRÁBICA HUMANA

UNIDADE:

Fonte: FVS/DVA/GZ

DO:

AO:

ASSUNTO ENCAMINHAMENTO

Encaminhamos para avaliação de soroterapia o (a) Sr. (A) \_\_\_\_\_

com idade de \_\_\_\_\_ anos, por motivo

de: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Manaus, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura

Para uso da Unidade Mista de Saúde / Hospital:

Quantidade de Soros Aplicados: (ml): \_\_\_\_\_

Peso do Paciente (kg): \_\_\_\_\_

Heterólogo  Homólogo

Data da Aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Infiltração de Soro no(s) Local(is) do(s) Ferimento(s):

Total  Parcial

Laboratório Produtor do Soro Antirrábico:

Instituto Butantan  Aventis Pasteur

Instituto Vital Brasil  Outro (Especificar) \_\_\_\_\_

Lote: \_\_\_\_\_

Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura