



01 - ATENDIMENTO

DATA	UNIDADE DE ATENDIMENTO	DS
UNIDADE DE REFERÊNCIA		
RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO		

02 - DADOS DO PACIENTE

NOME	DATA DA AGRESSÃO	TELEFONE(S)
ENDEREÇO (RUA, AV.)	BAIRRO	
REFERÊNCIA	DS	

03 - DADOS DO PROPRIETÁRIO

NOME	TELEFONE(S)
ENDEREÇO (RUA, AV.)	BAIRRO
REFERÊNCIA	DS

04 - DADOS DO ANIMAL

ESPÉCIE	<input type="checkbox"/> CÃO <input type="checkbox"/> GATO <input type="checkbox"/> MORCEGO <input type="checkbox"/> OUTRA:		
NOME DO ANIMAL	RAÇA	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	

05 - CONCLUSÃO DO CASO

INÍCIO DA OBSERVAÇÃO	TÉRMINO DA OBSERVAÇÃO
/ /	/ /
<input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> DESENVOLVEU A DOENÇA <input type="checkbox"/> MORREU DURANTE A OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> DESAPARECEU <input type="checkbox"/> IMPOSSÍVEL OBSERVAÇÃO MOTIVO:	

06 - ENCAMINHAMENTO FINAL

<input type="checkbox"/> TELEFONE(S)	<input type="checkbox"/> FAX: PRÓPRIA FICHA	<input type="checkbox"/> FAX: OUTRO DOCUMENTO
DATA	UNIDADE	RECEBIDO POR

COMPROVANTE DO DISTRITO SANITÁRIO 12/04

COMUNICADO DE AGRESSÃO ANIMAL

FICHA SINAN Nº

SENHOR PROPRIETÁRIO,

SEU ANIMAL AGREDIU UMA PESSOA. É MUITO IMPORTANTE QUE ELE SEJA MANTIDO EM CASA, COM COMIDA E ÁGUA POR 10 (DEZ) DIAS. NESTE PERÍODO ELE SERÁ ACOMPANHADO POR UM PROFISSIONAL DO SERVIÇO DE ZOOSES. CASO SEU ANIMAL VENHA A ADOECER, MORRER OU FUGIR DURANTE ESTE PERÍODO, INFORME IMEDIATAMENTE À GERÊNCIA DE ZOOSES ATRAVÉS DO(S) TELEFONE(S) _____ / _____. EM CASO DE ÓBITO, O ANIMAL DEVERÁ SER SUBMETIDO A EXAME PARA DIAGNÓSTICO DA RAIVA. PORTANTO, NÃO ENTERRE OU DESFAÇA DA SUA CARÇAÇA. **LEMBRE - SE** : A RAIVA É UMA DOENÇA MORTAL. VOCÊ É RESPONSÁVEL PELA VIDA DA PESSOA QUE SEU ANIMAL AGREDIU. QUANDO PROCURADO, DÊ INFORMAÇÕES CORRETAS SOBRE A SAÚDE DO SEU ANIMAL.

COMPROVANTE DO PROPRIETÁRIO 12/04

COMUNICADO DE AGRESSÃO ANIMAL

FICHA SINAN Nº

ATENÇÃO

HOJE VOCÊ FOI ATENDIDO NESTA UNIDADE EM VIRTUDE DE UMA AGRESSÃO ANIMAL. CASO O ANIMAL AGRESSOR SEJA SEU, É MUITO IMPORTANTE QUE ELE SEJA MANTIDO EM CASA, COM COMIDA E ÁGUA POR 10 (DEZ) DIAS. NESTE PERÍODO ELE SERÁ ACOMPANHADO POR UM PROFISSIONAL DO SERVIÇO DE ZOOSES. CASO SEU ANIMAL VENHA A ADOECER, MORRER OU FUGIR DURANTE ESTE PERÍODO, INFORME IMEDIATAMENTE À GERÊNCIA DE ZOOSES ATRAVÉS DO(S) TELEFONE(S) _____ / _____. EM CASO DE ÓBITO, O ANIMAL DEVERÁ SER SUBMETIDO A EXAME PARA DIAGNÓSTICO DA RAIVA. PORTANTO, NÃO ENTERRE OU DESFAÇA DA SUA CARÇAÇA. SE O ANIMAL NÃO FOR SEU, É IMPORTANTE QUE VOCÊ INFORME NO(S) TELEFONE(S) ACIMA, OS DADOS DO PROPRIETÁRIO, PARA QUE O SERVIÇO DE CONTROLE DE ZOOSES ENTRE EM CONTATO COM ELE E ACOMPANHE O ANIMAL DURANTE O PERÍODO DE OBSERVAÇÃO.

COMPROVANTE DO PACIENTE

12/04

SAZR 03020707

SAZR 03020707

SAZR 03020707