

QUADRO 1 – Fechamento de ferimentos superficiais abertos

1) FECHAMENTO PRIMÁRIO IMEDIATO:

Para ferimentos limpos com risco mínimo de infecção e com tempo menor do que 6 horas entre o traumatismo e início de tratamento.

2) FECHAMENTO PRIMÁRIO RETARDADO:

Para ferimentos com risco maior de infecção. O ferimento é tratado, mantido aberto, coberto com gaze esterilizada procedendo-se ao fechamento normal caso evolua sem sinais de infecção.

3) TRATAMENTO ABERTO:

Quando há contra-indicação para fechamento primário imediato ou retardado ou quando esses dois procedimentos falham. A cura se processa pela formação de tecido de granulação e posterior epitelização.

4) FECHAMENTO SECUNDÁRIO:

Para tratamentos abertos que evoluem bem. Faz-se excisão das bordas do ferimento e sutura ou enxerto cutâneo para abreviar a cura

QUADRO 2 - Conduta frente a ferimentos suspeitos de tétano

Esquema de condutas profiláticas de acordo com o tipo de ferimento e situação vacinal

História de vacinação prévia contra tétano	Ferimentos com risco mínimo de tétano*			Ferimentos com alto risco de tétano**		
	Vacina	SAT/IGHAT	Outras condutas	Vacina	SAT/IGHAT	Outras condutas
Incerta ou menos de 3 doses	Sim*	Não	Limpeza e desinfecção, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e debridar o foco de infecção	Sim***	sim	Desinfecção, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e remover corpos estranhos e tecidos desvitalizados. Debridar o ferimento e lavar com água oxigenada
3 doses ou mais, sendo a última dose há menos de 5 anos	Não	Não	-	Não	Não	-
3 ou mais doses, sendo a última dose há mais de 5 anos e menos de 10 anos	Não	Não	-	Sim (1 reforço)	Não****	-
3 ou mais doses, sendo a última dose há 10 ou mais anos	Sim	Não	-	Sim (1 reforço)	Não****	-

*Ferimentos superficiais, limpos, sem corpos estranhos ou tecidos desvitalizados.

**Ferimentos profundos ou superficiais sujos, com corpos estranhos ou tecidos desvitalizados; queimaduras; feridas puntiformes ou por armas brancas e de fogo; mordeduras; politraumatismos e fraturas expostas.

***Vacinar e aprazar as próximas doses, para complementar o esquema básico. Esta vacinação visa proteger contra o risco de tétano por outros ferimentos futuros. Se o profissional que presta o atendimento suspeita que os cuidados posteriores com o ferimento não serão adequados, deve considerar a indicação de imunização passiva com SAT ou IGHAT. Quando indicado o uso de vacina e SAT ou IGHAT, concomitantemente, devem ser aplicados em locais diferentes.

****Para paciente imunodeprimido, desnutrido grave ou idoso, além do reforço com a vacina está também indicada IGHAT ou SAT.

QUADRO 3 – Classificação de cães e gatos de uma comunidade sua origem

OMS (Guidelines for Dog Population Management -1992)

1) CÃES DE PROPRIETÁRIOS E SUPERVISIONADOS:

Significa que esses animais são inteiramente domiciliados. Quando ocorre agressão geralmente é dentro do próprio domicílio, contra o dono atingindo com maior frequência membros e dorso.

2) CÃES DE FAMÍLIA:

Depende do dono para alimentação e abrigo, mas não tem restrição de movimento, saem às ruas. São também denominados de semi-domiciliados. Agressão por esses animais geralmente atinge membros superiores, inferiores e cabeça.

3) CÃES DA VIZINHANÇA:

São animais que a comunidade alimenta e cuida mas ninguém é responsável por eles. Vivem soltos e se abrigam em qualquer lugar. A agressão geralmente atinge membros inferiores.

4) CÃES ERRANTES OU FERAIS:

Vivem praticamente sem contato com humanos, são independentes e sem controle. O acidente por mordedura quando acontece, pode ser fatal.

QUADRO 4 – Esquema para profilaxia da raiva humana com vacina de cultivo celular

Condições do Animal Agressor	Cão ou Gato sem Suspeita de Raiva no Momento da Agressão	Cão ou Gato Clinicamente Suspeito de Raiva no Momento da Agressão	Cão ou Gato Raivoso, Desaparecido ou Morto; Animais Silvestres ⁵ (Inclusive os Domiciliados) Animais Domésticos de Interesse Econômico ou de Produção
Tipo de Exposição			
Contato Indireto	lavar com água e sabão não tratar	lavar com água e sabão não tratar	lavar com água e sabão não tratar
Acidentes Leves ferimentos superficiais, pouco extensos, geralmente únicos, em tronco e membros (exceto mãos e polpas digitais e planta dos pés); podem acontecer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras causadas por unha ou dente lambadura de pele com lesões superficiais	lavar com água e sabão observar o animal durante 10 dias após a exposição ¹ se o animal permanecer sadio no período de observação, encerrar o caso se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, administrar cinco doses de vacina (dias 0, 3, 7, 14 e 28)	lavar com água e sabão iniciar esquema com duas doses, uma no dia 0 e outra no dia 3 observar o animal durante 10 dias após a exposição ¹ se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o esquema e encerrar o caso se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, completar o esquema até cinco doses. Aplicar uma dose entre o 7º e o 10º dia e uma dose nos dias 14 e 28	lavar com água e sabão iniciar imediatamente o esquema com cinco doses de vacina administradas nos dias 0, 3, 7, 14 e 28
Acidentes Graves ferimentos na cabeça, face, pescoço, mão, polpa digital e/ou planta do pé ferimentos profundos, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo lambadura de mucosas lambadura de pele onde já existe lesão grave ferimento profundo causado por unha de animal	lavar com água e sabão observar o animal durante 10 dias após exposição ^{1,2} iniciar esquema com duas doses, uma no dia 0 e outra no dia 3 se o animal permanecer sadio no período de observação, encerrar o caso se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, dar continuidade ao esquema, administrando o soro ^{3,4} e completando o esquema até cinco doses. Aplicar uma dose entre o 7º e o 10º dia e uma dose nos dias 14 e 28	lavar com água e sabão iniciar o esquema com soro ³ e cinco doses de vacina nos dias 0, 3, 7, 14 e 28 observar o animal durante 10 dias após a exposição se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o esquema e encerrar o caso	lavar com água e sabão iniciar imediatamente o esquema com soro ³ e cinco doses de vacina administradas nos dias 0, 3, 7, 14 e 28

QUADRO 4 - Esquema para profilaxia da raiva humana com vacina de cultivo celular (cont)

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE:

- 1. É necessário orientar o paciente para que ele notifique imediatamente a unidade de saúde se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, uma vez que podem ser necessárias novas intervenções de forma rápida, como a aplicação do soro ou o prosseguimento do esquema de vacinação.**
- 2. É preciso avaliar, sempre, os hábitos do cão e do gato e os cuidados recebidos. Podem ser dispensadas do esquema profilático as pessoas agredidas pelo cão, ou gato, que, com certeza, não tem risco de contrair a infecção rábica. Por exemplo, animais que vivem dentro do domicílio (exclusivamente); não tenham contato com outros animais desconhecidos; que somente saem a rua acompanhados dos seus donos e que não circulem em área com a presença de morcegos. Em caso de dúvida, iniciar o esquema de profilaxia indicado. Se o animal for procedente de área de raiva controlada, não é necessário iniciar o esquema. Manter o animal sob observação e só iniciar o esquema indicado (soro + vacina) se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso.**

QUADRO 4 - Esquema para profilaxia da raiva humana com vacina de cultivo celular

- 3. O soro deve ser infiltrado na(s) porta(s) de entrada. Quando não for possível infiltrar toda a dose, aplicar o máximo possível e a quantidade restante, a menor possível, aplicar pela via intramuscular, podendo ser utilizada a região glútea. Sempre aplicar em local anatômico diferente do que foi aplicada a vacina. Quando as lesões forem muito extensas ou múltiplas, a dose pode ser diluída, o menos possível, em soro fisiológico, para que todas as lesões sejam infiltradas.**
- 4. Nos casos em que só se conhece tardiamente a necessidade do uso do soro anti-rábico, ou quando não ha soro disponível no momento, aplicar a dose recomendada antes da aplicação da 3a dose da vacina de cultivo celular. Após esse prazo, o soro não é mais necessário.**
- 5. Nas agressões por morcegos, deve-se indicar a soro vacinação independentemente da gravidade da lesão, ou indicar conduta de reexposição.**

QUADRO 5 – Ficha de Atendimento Anti-rábico Humano

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO		Nº	
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		Nº	
	2 Agravado/doença	ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO		3 Código (CID10)	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Código (IBGE)	7 Data do Atendimento	8 Nome do Paciente
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Código	8 Data de Nascimento	9 Raça/Cor	10 (ou) Idade
Notificação Individual	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado <input type="checkbox"/>	12 Gestante	13 Raça/Cor	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS
	16 Nome da mãe	17 UF	18 Município de Residência	19 Código (IBGE)	20 Distrito
	21 Bairro	22 Logradouro (rua, avenida,...)	23 Código	24 Geo campo 1	25 Geo campo 2
	26 Ponto de Referência	27 CEP	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)
Dados de Residência	Dados Complementares do Caso				
	31 Ocupação	32 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico			
	33 Localização	34 Ferimento			
	35 Tipo de Ferimento	36 Data da Exposição			
Antecedentes Epidemiológicos	37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico ?	38 Se Houve, quando foi concluído?			
	39 Nº de Doses Aplicadas	40 Espécie do Animal Agressor			
	41 Condição do Animal para Fins de Conduta do Tratamento	42 Animal Passível de Observação ? (Somente para Cão ou Gato)			
	43 Tratamento Indicado	44 Vacina			
Tratamento Atual	45 Laboratório Produtor Vacina	46 Número do Lote			
	47 Data do Vencimento	48 Atendimento Anti-Rábico Humano			

QUADRO 5 – Ficha de Atendimento Anti-rábico Humano (verso)

Tratamento Atual	47 Datas das Aplicações da Vacina (dia e mês)				
	Data da 1ª dose	Data da 2ª dose	Data da 3ª dose	Data da 4ª dose	Data da 5ª dose
	48 Condição Final do Animal (após período de observação) 1 - Negativo para Raiva (Clínica) 2 - Negativo para Raiva (Laboratório) 3 - Positivo para Raiva (Clínica) 4 - Positivo para Raiva (Laboratório) 5 - Morto/ Sacrificado/ Sem Diagnóstico 9 - Ignorado				
	49 Houve Interrupção do Tratamento <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não		50 Qual o Motivo da Interrupção 1 - Indicação da Unidade de Saúde 2 - Abandono 3 - Transferência		
	51 Se houve Abandono do Tratamento, a Unidade de Saúde Procurou o Paciente <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não			52 Evento Adverso à Vacina 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	53 Indicação do Soro Anti-Rábico <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		54 Peso do Paciente _____ Kg.		55 Quantidade de Soro Aplicada _____ ml 1 - Heterólogo 2 - Homólogo
	56 Infiltração de Soro no(s) Local(is) do(s) Ferimento(s) 1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial		57 Laboratório Produtor do Soro Anti-Rábico 1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 4 - Outro (Especificar) _____		
	58 Número da Partida _____		59 Evento Adverso ao Soro Anti-Rábico <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		60 Data do Encerramento do Caso _____
Observações: <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-top: 5px;"></div>					
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome		Função		Assinatura
Atendimento Anti-Rabico Humano			Sinan Net		SVS 27/09/2005

QUADRO 6 – Instruções para preenchimento da Ficha de Atendimento anti-rábico humano

ANEXO S – INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO DA FICHA DE ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO

Nº – Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

1 – Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.

2 – Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

3 – Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

4 – Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

5 – Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

6 – Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

7 – Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

8 – Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

9 – Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa.

10 – Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente.

Obs.: se a data de nascimento não for preenchida, a idade será CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

11 – Informar o sexo do paciente (M = masculino, F = feminino e I = ignorado). CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

12 – Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO quando sexo F = feminino.

13 – Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa:

1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela); 4) Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra

QUADRO 6 – Instruções para preenchimento da Ficha de Atendimento anti-rábico humano (cont)

cor ou raça); 5) Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).

14 – Preencher com a série e grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou, considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação.

15 – Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS.

16 – Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).

17 – Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

18 – Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

19 – Anotar o nome do distrito de residência do paciente.

20 – Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

21 – Anotar o tipo (avenida, rua, travessa etc.) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual, ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena, anotar o nome da aldeia.

22 – Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual, ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

23 – Anotar o complemento do logradouro (ex. bloco B, apto. 402, lote 25, casa 14 etc.).

24 – Caso esteja sendo utilizado o geo-referenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a quadra ou número, nele deve ser informado o número da quadra ou número).

25 – Caso esteja usando geo-referenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.

26 – Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual, ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João).

27 – Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa etc.) da residência do paciente, se notificação individual, ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

28 – Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual, ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

29 – Zona de residência do paciente, se notificação individual, ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1 = área com característica

QUADRO 6 – Instruções para preenchimento da Ficha de Atendimento anti-rábico humano (cont)

estritamente urbana; 2 = área com característica estritamente rural; 3 = área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana).

30 – Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.

31 – Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se às atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo), secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).

32 – Informar o TIPO DE EXPOSIÇÃO (CONTATO) AO VÍRUS RÁBICO. Assinalar em cada tipo de exposição se houve a ocorrência ou não. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

33 – Identificar a LOCALIZAÇÃO DA EXPOSIÇÃO (do ferimento ou da área de contato). Assinalar para cada local disponível se ocorreu à exposição ou não. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

34 – Informar sobre o FERIMENTO. Selecionar a opção pertinente quanto à quantidade.

35 – TIPO DE FERIMENTO. Selecionar a opção pertinente.

36 – Anotar a DATA EM QUE OCORREU A EXPOSIÇÃO. Ex: 9/12/2000.

37 – Assinalar se HOUVE TRATAMENTO ANTERIORMENTE. Selecionar a opção pertinente. CAMPO ESSENCIAL.

38 – Informar o período do TRATAMENTO ANTERIOR. Assinalar a opção pertinente. CAMPO ESSENCIAL.

39 – Informar o número total de DOSES DE VACINA ANTI-RÁBICA RECEBIDAS no tratamento anterior. CAMPO ESSENCIAL.

40 – ESPÉCIE (espécie de animal agressor). Selecionar a opção pertinente. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

41 – CONDIÇÃO DO ANIMAL PARA FINS DE CONDUTA DE TRATAMENTO no momento da AGRESSÃO OU OUTRO TIPO DE EXPOSIÇÃO. Selecionar a opção pertinente. CAMPO ESSENCIAL

42 – Informar se o ANIMAL É PASSÍVEL DE OBSERVAÇÃO. CAMPO ESSENCIAL.

43 – Informar o tipo de TRATAMENTO ATUALMENTE INDICADO. Selecionar a opção pertinente. CAMPO ESSENCIAL.

44 – Informar o NOME DO LABORATÓRIO PRODUTOR DA VACINA UTILIZADA. Selecionar a opção pertinente. Em caso de “outro”, especificar o laboratório.

45 – Anotar o NÚMERO DO LOTE da vacina utilizada (item: vacina 1). Sendo utilizado mais de um lote, anotar o número do outro lote no item “vacina 2”.

46 – Anotar a DATA DO VENCIMENTO DO LOTE DA VACINA UTILIZADA.

47 – Anotar o dia e o mês da aplicação de cada dose, da vacina utilizada. CAMPO ESSENCIAL.

QUADRO 6 – Instruções para preenchimento da Ficha de Atendimento anti-rábico humano (cont)

48 – Informar a CONDIÇÃO FINAL DO ANIMAL APÓS OBSERVAÇÃO. Selecionar a opção pertinente.

49 – Informar se HOUVE INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO INDICADO. Selecionar a opção pertinente. CAMPO ESSENCIAL.

50 – Informar o MOTIVO DA INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO INDICADO. Selecionar a opção pertinente. Considerar como ABANDONO sempre que o paciente interromper o tratamento sem indicação e orientação da Unidade de Saúde que prescreveu o tratamento. (SE ITEM 49 = SIM, ESTE SE TORNARÁ CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

51 – Informar se a UNIDADE DE SAÚDE PROCUROU O PACIENTE que abandonou o tratamento indicado, objetivando a continuidade. Selecionar a opção pertinente. CAMPO ESSENCIAL.

52 – Informar se o paciente apresentou algum tipo de REAÇÃO ADVERSA À VACINA UTILIZADA. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

53 – Informar se foi indicada a aplicação de SORO ANTI-RÁBICO. Assinalar a opção pertinente. CAMPO ESSENCIAL.

54 – Anotar o PESO DO PACIENTE em quilogramas, se o soro anti-rábico foi indicado.

55 – Anotar a QUANTIDADE DE SORO APLICADA em (ml) e assinalar a opção pertinente ao TIPO DE SORO ANTI-RÁBICO HUMANO aplicado.

56 – Informar se houve INFILTRAÇÃO DE SORO ANTI-RÁBICO no local ou locais dos ferimentos. Selecionar a opção pertinente.

57 – Informar o NOME DO LABORATÓRIO PRODUTOR DO SORO ANTI-RÁBICO UTILIZADO. Selecionar a opção pertinente. Em caso de “outro”, especificar o laboratório.

58 – Anotar o NÚMERO DA PARTIDA OU DO LOTE do soro anti-rábico utilizado.

59 – Informar se o paciente apresentou algum tipo de REAÇÃO ADVERSA ao soro utilizado. CAMPO ESSENCIAL.

60 – Informar a data do encerramento do caso. CAMPO ESSENCIAL.

Obs.: anotar a DATA E OS RESULTADOS DE LABORATÓRIO, se tiver sido enviadas peças para análises laboratoriais e outras informações que julgarem pertinentes.

Informar o nome do município/unidade de saúde responsável por essa investigação.

Informar o código da unidade de saúde responsável por essa investigação.

Informar o nome completo do responsável por essa investigação. Ex.: Mário José da Silva.

Informar a função do responsável por essa investigação. Ex.: enfermeiro.

Registrar a assinatura do responsável por essa investigação.