

CÓLERA

CASO SUSPEITO: Em áreas sem evidência de circulação de V. cholerae patogênico (Sorogrupos O1 e O139) - paciente com mais de 10 anos que apresente diarreia aguda aquosa e abundante; paciente de qualquer faixa etária com histórico de deslocamento para áreas com ocorrência de casos de cólera e cujos sintomas iniciaram nos últimos dez dias de chegada; ou comunicantes de casos suspeitos de cólera com diarreia. Em áreas com evidência de circulação de V. cholerae patogênico (Sorogrupos O1 e O139) - qualquer indivíduo que apresente diarreia aguda

1	Tipo de Notificação		2- Individual						
2	Agravado/doença CÓLERA		Código (CID10) A00.9	3	Data da Notificação				
4	UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)				
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7	Data do Diagnóstico			
8	Nome do Paciente				9		Data de Nascimento		
10	(ou) Idade 1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano		11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13	Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
14	Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não				Etnia 1- Tupiniquim 2- Guarani 9- ignorado				
15	Número do Cartão SUS		16				Nome da mãe		
Pcd (pessoa com deficiência) 1- sim 2- não		Pessoa em situação de rua 1- sim 2- não		CPF do paciente		Nacionalidade			
Passaporte				Orientação sexual 1- Heterossexual 2- Homossexual 3- Bissexual 4- Pansexual 8- Não se aplica 9- Ignorado					
17	UF	18	Município de Residência		19		DISTRITO		
20	Bairro		21			Logradouro (rua, avenida,...)	Código		
22	Número		23			Complemento (apto., casa, ...)	24	Geo campo 1	
25	Geo campo 2		26			Ponto de Referência	27	CEP	
28	(DDD) Telefone ()		29		Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30		País (se residente fora do Brasil)	
Unidade de Saúde de Referência									
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS									
31	Data da investigação		32					Ocupação	
33	Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Cólera (até 10 dias antes do início dos sinais e sintomas) 1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7- Outros: 8-Sem História de contato 9 - Ignorado								
34	Nome do Contato					35			(DDD) Telefone
36	Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)								
37	Sugestão de Vínculo com: 1 - Consumo de água não tratada 2 - Exposição à esgoto 3 - Alimento 4 - Deslocamento 5 - Outros 9 - Ignorado								
38	Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		39		Desidratação	40			Característica da Diarreia
☐ Assintomático ☐ Câimbras ☐ Choque		☐ Diarreia ☐ Dor Abdominal		☐ 1 - Não ☐ 2 - Algum Grau ☐ 3 - Grave ☐ 9- Ignorado		☐ 1- Aquosa/ Amarelada ☐ 2- Aquosa/ Água de Arroz ☐ 3- Pastosa ☐ 9- Ignorado			
☐ Vômito ☐ Febre									

DADOS CLÍNICOS	41 Freqüência/Dia 1 - Até 5 Evacuações 2 - De 6 a 10 Evacuações 3 - De 11 a 20 Evacuações 4 - Acima de 20 Evacuações		42 Presença de Sangue? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		43 Presença de Muco? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado																										
	44 Tipo de Atendimento 1 - Hospitalar 2 - Ambulatorial 3 - Domiciliar 4 - Nenhum 9 - Ignorado		45 Data do Atendimento		46 Data da Internação		47 UF																								
ATENDIMENTO	48 Município do Hospital		Código (IBGE)		49 Nome do Hospital		Código																								
	50 Material Colhido 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ Fezes/Swab retal ou fecal ☐ Vômito					51 Data da Coleta																									
DADOS DO LABORATÓRIO	52 Uso de Antibiótico Antes da Coleta de Material 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		53 Caso Afirmativo, Qual?		54 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo																										
	55 Caso Positivo 1 - Ogawa 2 - Inaba 3 - Hikojima 4 - Outro Sorotipo 5 - Não Vibrio		56 Caso Negativo, Especificar																												
	57 Reidratação 1 - Via Oral 2 - Venosa 3 - Oral-Venosa		58 Utilizou Antibióticos 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		59 Caso Afirmativo, Qual?																										
TRAT.	60 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado		61 Critério de Confirmação / Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico																												
CONCLUSÃO	Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 10 dias)																														
	62 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado		63 UF		64 País																										
	65 Município		Código (IBGE)		66 Distrito		67 Bairro																								
	68 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado																														
	69 Evolução do Caso 1- Cura 2- Óbito por cólera 3- Óbito por outras causas 9- Ignorado		70 Data do Óbito		71 Data do Encerramento																										
Informações complementares e observações																															
Deslocamento (datas e locais frequentados no período de 10 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas)																															
<table><tr><th>Data</th><th>UF</th><th>Município</th><th>País</th><th>Meio de transporte</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							Data	UF	Município	País	Meio de transporte																				
Data	UF	Município	País	Meio de transporte																											
Alimentos Consumidos na Última Semana e Sugestivos de Contaminação																															
<table><tr><th>Tipo de alimento</th><th>Local de consumo</th></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>							Tipo de alimento	Local de consumo																							
Tipo de alimento	Local de consumo																														
Observações:																															

INVESTIGADOR

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura