

## Ficha de investigação de casos

Caso suspeito: Todo paciente com sinais e sintomas de intoxicação.

( ) **Processo clinico**                      ( ) **Hospitalizado**                      ( ) **Comunidade**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Código do indivíduo \_\_\_\_\_

### I. Dados demográficos

Nome \_\_\_\_\_ Apelido \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) M ( ) F      Idade: \_\_\_\_ Anos      Peso \_\_\_\_ (Kg)      Altura \_\_\_\_ (m)

Residência (Bairro) \_\_\_\_\_ Ponto de referência: \_\_\_\_\_

Estado civil:

Profissão/ocupação:

Nível escolaridade:

### II. Dados sobre a exposição

**Queremos saber tudo o que voce bebeu e comiu na passada 6ª feira.**

**Tomaste o pequeno almoço na passada 6ª feira? ( ) Sim ( ) Não**

Se sim o que comeu?

Onde comeu?

Que quantidade de alimento comeu?

A que horas tomou o pequeno almoço?

**Almoçou na passada 6ª feira? ( ) Sim ( ) Não**

Se sim o que comeu?

Onde comeu?

Que quantidade de alimento comeu?

A que horas almoçou?

**Jantou na passada 6ª feira? ( ) Sim ( ) Não**

Se sim o que comeu?

Onde comeu?

Que quantidade de alimento comeu?

A que horas Jantou?

**Escrever as resposta na tabela abaixo**

Tipo de comida	Local	Quantidade	Hora

Bebeu alguma coisa na passada 6ª feira de manhã? ( ) Sim ( ) Não

Bebeu alguma coisa na tarde? Bebeu uma coise a noite?

Se sim o que bebeu (Phombe, agua, cerveja, refresco, leite, ou outra bebida)?

Onde bebeu?                      Que quantidade de bebida ingeriu?                      A que horas bebeu?

**Escrever as resposta na tabela abaixo**

Bebida	Local	Quantidade	Horas que bebeu

Assistiu ao funeral na casa da família de Dona Adelia? 6ª feira passada (dia 09/01/2015)? ( )  
Sim ( ) Não

A que horas Chegou a cerimónia? \_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ?

A que hora foi embora? \_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Assistiu sozinho? ( ) Sim ( ) Não .

Se Não, liste as pessoas que estiveram consigo?

Nome	Grau de Parentesco	Residência

Bebeu phombe na passada 6 feira? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, complete na tabela:

Quantidade	Quando bebeu	Onde bebeu	Partilhar com algum?

**Achou que o phombe teve um sabor diferente de normal? ( ) Sim ( ) Não**

**Se sim, como era o sabor? (selecciona um)**

- a. Sabor metálico
- b. Sabor amargo
- c. Sabor mal
- d. Sensação de queimação
- e. Mais doce de que normal
- f. Outro (descreve)

**Achou que o phombe cheio diferente de normal?**

**Se sim, descreve como era diferente:**

### **III. História clínica**

**Sinais e sintomas:**

Esteve doente com alguma outra doença qualquer durante os ultimas 30 dias? Sim\_\_\_ Nao \_\_\_

Se sim, descreve as doenças e sintomas: \_\_\_\_\_

Estava a tomar algum medicamento para esta doença? ( ) Sim ( ) Não

Se sim Medicamento tradicional ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Medicamento convencional ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Descreve os medicamentos que tomou:

Medicamento	Frequencia	Tomou para cual doença?

Tem alguma doença ou condição de saúde (cronica), por exemplo HIV, hipertensão, problemas de fígado, asma, TB, problemas de coracao ou outros

Estava a tomar algum medicamento para esta doença? ( ) Sim ( ) Não

Se sim Medicamento tradicional ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Medicamento convencional ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Com que frequência tomou o medicamento?

Medicamento	Frequencia	Doença tratada

Teve um ou mais dos seguintes sintomas apartir da Passada 6ª feira dia (09/01/15) ?

A que hora iniciaram os seus primeiras sintomas? Inqueridos deve insistir se a pessoa realmente teve esse sintoma.

Sintoma	Sim/Nao	Data de inicio	Hora de inicio
<b>Sintomas da Coracao</b>			
Dor de peito			
Palpitacao			
<b>Sintomas dos pulmoes</b>			
tosse			
Dificuldade de respirar (dispneia)			
Respire rapidamente			
Roncos			
<b>Sintomas de estatus mental</b>			
Agitacao			
Confuso			
Cefaleia			
Vertigem			
Perda de consciencia			
Fraqueza / falta de energia			
Torpor [falta de sensibilidade]			
Convulsos / tremor			
Paresthesia			
Halucinacao			
<b>Sintomas do pele</b>			
Erupcao cutanea [rash]			
Suor [mais do que normal]			
Iritacao do pele			
<b>Sintomas abdominal</b>			
Dor abdominal			
Nausea			
vomitos			
diarreia			
<b>Sintomas dos olhos</b>			

irritacao dos olhos			
lacrimas			
problemas de vision			
Olhos amarelos			
Olhos vermelhos			
<b>Outros Sintomas</b>			
Dor toraxica			
Reducao de quantidade de urina			
Perde de cabelo			
febre			
Outros?			

**Tem recebido tratamento para estos sintomas? ( ) Sim ( ) Não**

Se sim, que tipo de tratamento?

**Paciente Internado? ( ) Sim ( ) Não**

Se internado quando ? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      Recebeu tratamento? ( ) Sim ( ) Não

Descreve o tipo de tratamento:

---



---



---

**Resultados de laboratório:**

**Desfeixo:**

Data do desfeixo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Alta ( )

Transferido ( )

Abandono ( )

Óbito ( )

Nome do **Inqueridor:** \_\_\_\_\_ **Categoria:** \_\_\_\_\_

**Data da entrevista:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/15