

[Nome do país]
FEBRE HEMORRÁGICA VIRAL
FORMULÁRIO DE ESTUDO DO CASO (VERSÃO SIMPLES)

Formulário aprovado
OMB N.º 0920-XXXX
Prazo de validade:

Data de relatório do caso: ___/___/___ (D, M, A)

Surto Identificação
do caso:

Secção 1. Informação sobre o paciente

Apelido do paciente: _____ Outros nomes: _____

Idade: _____ Anos Meses Sexo: Masculino Feminino

Número de telefone do paciente/ familiar: _____

Estado do Doente na Altura deste Relatório de Caso: Vivo Morto Se morto, Data do óbito: ___/___/___ (D, M, A)

Residência permanente:

Chefe de Família: _____ País: _____ Distrito: _____

Sub-região: _____ Paróquia: _____ Localidade/ Povoação: _____

Profissão:

Profissional de saúde; cargo: _____ unidade de saúde: _____

Outro ; especifique a profissão: _____

Local onde o paciente adoeceu: País: _____

Distrito: _____ Sub-região: _____ Localidade/ Povoação: _____

Secção 2. Sintomas e sinais clínicos

Data de início dos sintomas: ___/___/___ (D, M, A)

Assinale uma resposta para TODOS os sintomas e indique se ocorreram durante esta doença:

Febre Sim Não Desc.
Vómitos/ náuseas Sim Não Desc.
Diarreia Sim Não Desc.
Fadiga/ fraqueza intensas Sim Não Desc.
Anorexia/ perda de apetite Sim Não Desc.
Dores abdominais Sim Não Desc.
Dores no peito Sim Não Desc.
Dores musculares Sim Não Desc.
Dores articulares Sim Não Desc.
Dores de cabeça Sim Não Desc.
Tosse Sim Não Desc.

Dificuldade ao respirar Sim Não Desc.
Dificuldade ao engolir Sim Não Desc.
Garganta inflamada Sim Não Desc.
Conjuntivite (olhos vermelhos) Sim Não Desc.
Erupção cutânea Sim Não Desc.
Soluços Sim Não Desc.

Hemorragia inexplicável Sim Não Desc.

Se Sim: especifique: _____

Outros sintomas não hemorrágicos: Sim Não Desc.

Se Sim, especifique: _____

Estima-se que a carga burocrática para a recolha de informação seja de cerca de 10 minutos por resposta, valor que inclui o tempo para a leitura das instruções, a pesquisa em fontes de informação existentes, a reunião e manutenção de dados necessários e o preenchimento e revisão da recolha de informação. As agências não podem realizar ou patrocinar, e uma pessoa não está obrigada a responder a uma recolha de informações, a não ser que esta última exiba um Número de Controlo OMB válido. Envie comentários relativos a esta estimativa de carga burocrática ou a qualquer outro aspecto desta recolha de informação, incluindo sugestões para a redução da burocracia para: CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA 0920-XXXX.

Secção 3.**Informação sobre o internamento**

Na altura deste relatório, o paciente está internado ou em processo de internamento no hospital? Sim Não

Se *sim*, Data de Internamento no Hospital: ___/___/___ (D, M, A)

Nome da Unidade de Saúde: _____ Distrito: _____ Localidade/ Povoação: _____

O paciente está isolado ou a ser transportado para o isolamento? Sim Não

Se *sim*, Data de isolamento/ internamento no isolamento: ___/___/___ (D, M, A)

O paciente foi internado ou já tinha visitado uma clínica devido a esta doença? Sim Não Desc.

Se *sim*, Datas de internamento: ___/___/___ - ___/___/___ (D, M, A)

Nome da Unidade de Saúde: _____ Distrito: _____ Localidade/ Povoação: _____

Secção 4.**Factores de risco e exposição epidemiológicos****NO ÚLTIMO (1) MÊS ANTES DA DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:**

1. O paciente teve contacto com um caso conhecido, ou com algum doente antes de adoecer? Sim Não Desc.

Se *sim*, preencha uma linha de informação para cada caso de origem de doença.

Nome do caso de origem	Relação com o paciente	Data do último contacto (D, M, A)	Distrito	Localidade/ Povoação:	A pessoa estava viva ou morta?
		___/___/___			<input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Falecimento, data do óbito: ___/___/___ (D, M, A)
		___/___/___			<input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Falecimento, data do óbito: ___/___/___ (D, M, A)

2. O paciente assistiu a um funeral durante o mês antes de adoecer? Sim Não Desc.

Se *sim*, nome do falecido: _____ Relação com o paciente _____

Data do funeral: (D, M, A): ___/___/___ Distrito _____ Localidade/ Povoação: _____

O paciente participou (transportou ou tocou o corpo)? Sim Não

3. O paciente saiu da sua residência ou localidade/ povoação antes de adoecer? Sim Não Desc.

Se *sim*, Distrito: _____ Localidade/ Povoação: _____ Data(s): ___/___/___ - ___/___/___ (D, M, A)

Secção 5.**Amostras clínicas e testes laboratoriais**

Já foi enviada uma amostra do paciente anteriormente? Sim Não

Nome da Unidade de Saúde que Enviou a Amostra: _____ Nome do remetente: _____

Número de Telefone do Remetente: _____ Email do remetente: _____

Amostra 1:

Data de recolha da amostra: ___/___/___ (D, M, A)

Tipo de amostra:

- Sangue Inteiro
 Sangue do coração post-mortem
 Biópsia da pele
 Amostra de saliva
 Outro tipo de amostra, especifique: _____

Amostra 2:

Data de Recolha da Amostra: ___/___/___ (D, M, A)

Tipo de amostra:

- Sangue Inteiro
 Sangue do coração post-mortem
 Biópsia da pele
 Amostra de saliva
 Outro tipo de amostra, especifique: _____

Secção 6.**Relatório de caso clínico preenchido por:**

Nome: _____ Número de telefone: _____ E-mail: _____

Secção 7.

Informação sobre o resultado do paciente

Preencha esta secção quando o paciente recuperar e receber alta OU no momento do falecimento do paciente.

Data de preenchimento da informação de desfecho: ____/____/____ (D, M, A)

Estado final do paciente: Vivo/ Recuperado Morto

Se o paciente recuperou e teve alta:

Nome do hospital que lhe atribuiu a alta: _____ Distrito: _____

Se o paciente esteve em isolamento, Data de saída do isolamento: ____/____/____ (D, M, A)

Data da alta: ____/____/____ (D, M, A)

Se o paciente faleceu:

Data do óbito: ____/____/____ (D, M, A)

Local do óbito: Hospital Comunitário: _____ Distrito: _____

Data do funeral/ enterro: ____/____/____ (D, M, A) Funeral realizado por: Família/ comunidade Equipa de enterros do surto

Local do Funeral: Distrito: _____ Sub-região: _____ Localidade: _____