

[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	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Vómitos/ náuseas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Diarreia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Fadiga/ fraqueza intensas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Anorexia/ perda de apetite	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Dores abdominais	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Dores no peito	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Dores musculares	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Dores articulares	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Dores de cabeça	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Tosse	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.

Dificuldade ao respirar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Dificuldade ao engolir	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Garganta inflamada	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Conjuntivite (olhos vermelhos)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Erupção cutânea	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Soluços	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 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: _____