

[Nome do país]
FEBRE HEMORRÁGICA VIRAL
FORMULÁRIO DE ESTUDO DE CASO

Surto Identificação do caso: _____
Saúde Unidade Identificação: _____

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

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

Secção 1. Informação sobre o paciente

Apelido do paciente: _____ Outros Nomes: _____ Idade: _____ Anos Meses
Sexo: Masculino Feminino Número de Telefone do Paciente/Familiar: _____ Proprietário do Telefone: _____

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

Residência permanente:

Chefe de Família: _____ Localidade/ Povoação: _____ Paróquia: _____
País de residência: _____ Distrito: _____ Sub-região: _____

Profissão:

- Agricultor Talhante Caçador/ negociante de carne de caça Mineiro Líder religioso Dona de casa Estudante Criança
 Empresário/a; tipo de negócio: _____ Transportador; tipo de transporte: _____
 Profissional de saúde; cargo: _____ unidade de saúde: _____ Curandeiro espiritual/ tradicional
 Outro; especifique a profissão: _____

Local onde o paciente adoeceu:

Localidade/ Povoação: _____ Distrito: _____ Sub-região: _____
Coordenadas GPS da Casa: latitude: _____ longitude: _____
Caso não seja a residência permanente, datas em que residiu neste local: ____/____/____ - ____/____/____ (D, M, A)

Secção 2. Sintomas e sinais clínicos

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

Assinale uma resposta para **TODOS** os sintomas, indicando se ocorreram durante **esta doença** entre o início dos sintomas e a detecção do caso:

- Febre Sim Não Desc.
Se sim, Temp: ____° C Local: Axila Oral Rectal
Vómitos/ náuseas Sim Não Desc.
Diarreia Sim Não Desc.
Fadiga intensa/ fraqueza geral 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.
Icterícia (olhos/ gengivas/pele amarelos) Sim Não Desc.
Conjuntivite (olhos vermelhos) Sim Não Desc.
Erupção cutânea Sim Não Desc.
Soluços Sim Não Desc.
Dor atrás dos olhos/ sensibilidade à luz Sim Não Desc.
Coma/ inconsciente Sim Não Desc.
Confusão/ desorientação Sim Não Desc.

Hemorragia inexplicável em qualquer zona Sim Não Desc.

Se sim:

- Hemorragia nas gengivas Sim Não Desc.
Hemorragia no local da injeção Sim Não Desc.
Hemorragia nasal (epistaxe) Sim Não Desc.
Sangue nas fezes ou fezes negras (melena) Sim Não Desc.
Sangue fresco/ vermelho no vomito (hematémese) Sim Não Desc.
Sangue digerido/ vermelho no vômito (hematémise) Sim Não Desc.
Tossir sangue (hemoptise) Sim Não Desc.
Hemorragia vaginal excluindo menstruação Sim Não Desc.
Hematomas na pele (petéquias/ equimose) Sim Não Desc.
Sangue na urina (hematúria) Sim Não Desc.

Outros episódios hemorrágicos Sim Não Desc.

Se Sim, especifique: _____

Outros sintomas cíclicos não-hemorrágicos: Sim Não Desc.

Se sim, especifique: _____

Estima-se que a carga burocrática para a recolha de informação seja de cerca de 20 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 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: _____

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

O paciente está isolado ou a ser transportado para o isolamento? Sim Não Se sim, data do isolamento: ___/___/___ (D, M, A)

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

Se sim, preencha a linha de informação para cada internamento prévio.

Datas de Internamento	Nome da unidade de saúde	Localidade	Distrito	O paciente foi isolado?
___/___/___ - ___/___/___ (D, M, A)				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
___/___/___ - ___/___/___ (D, M, A)				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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 suspeito ou confirmado, ou com algum doente **antes** de ficar doente? Sim Não Desc.

Se sim, preencha a linha de informação para cada caso de doença:

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

** Tipos de Contacto:
(indique todos os casos adequados)

- 1 - Tocou em fluidos corporais do caso (sangue, vômito, saliva, urina, fezes)
- 2 - Teve contacto directo com o corpo do caso (vivo ou morto)
- 3 - Tocou ou partilhou roupa ou louça/ outros utensílios de cozinha com o caso
- 4 - Dormiu, comeu, ou esteve na mesma casa ou quarto que o caso

2. O paciente assistiu a um funeral **antes** de adoecer? Sim Não Desc.

Se sim, preencha a linha de informação para cada funeral a que assistiu:

Nome do falecido	Relação com o paciente	Datas de Presença nos Funerais (D, M, A)	Localidade	Distrito	O paciente participou (transportou ou tocou o corpo)?
		___/___/___ - ___/___/___			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		___/___/___ - ___/___/___			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

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

4. O paciente foi internado, foi a uma clínica ou visitou alguém no hospital **antes** desta doença? Sim Não Desc.

Se sim, o paciente visitou: _____ Data(s): ___/___/___ - ___/___/___ (D, M, A)

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

5. O paciente visitou um curandeiro tradicional/ espiritual **antes** de adoecer? Sim Não Desc.

Se sim, nome do curandeiro: _____ Localidade: _____ Distrito: _____ Data: ___/___/___ (D, M, A)

6. O paciente teve contacto directo (caçou, tocou, comeu) com animais ou carne crua **antes** de adoecer? Sim Não Desc.

Se sim, assinala as opções relevantes:

- | | |
|--|--|
| Animal: | Estado (assinale apenas uma opção): |
| <input type="checkbox"/> Morcegos ou fezes/ urina de morcego | <input type="checkbox"/> Saudável <input type="checkbox"/> Doente/ Morto |
| <input type="checkbox"/> Primatas (macacos) | <input type="checkbox"/> Saudável <input type="checkbox"/> Doente/ Morto |
| <input type="checkbox"/> Roedores ou fezes/ urina de roedor | <input type="checkbox"/> Saudável <input type="checkbox"/> Doente/ Morto |
| <input type="checkbox"/> Porcos | <input type="checkbox"/> Saudável <input type="checkbox"/> Doente/ Morto |
| <input type="checkbox"/> Galinhas ou pássaros selvagens | <input type="checkbox"/> Saudável <input type="checkbox"/> Doente/ Óbito |
| <input type="checkbox"/> Vacas, cabras ou ovelhas | <input type="checkbox"/> Saudável <input type="checkbox"/> Doente/ Morto |
| <input type="checkbox"/> Outro; <i>especifique</i> _____ | <input type="checkbox"/> Saudável <input type="checkbox"/> Doente/ Morto |

7. O paciente foi mordido por um carrapato nas últimas duas semanas? Sim Não Desc.

Secção 5. Amostras clínicas e testes laboratoriais

- Instruções para as amostras/envio:**
- Etiquetar amostras com **nome do paciente, data da recolha, e número de identificação do caso**
 - Enviar amostra **fria** com um **saco de gelo** e **correctamente embalada**.
 - Recolha o sangue inteiro num tubo de tampa púrpura (EDTA) - pode utilizar tubos de tampa verde ou vermelha se os de tampa púrpura não estiverem disponíveis
 - **Volume ideal da amostra = 4ml** (valor mínimo da amostra = 2ml)

Já foi enviada uma amostra do paciente anteriormente? Sim Não

Amostra 1:

Deixar em branco
Apenas do IIVRI

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

Tipo de amostra:

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

Amostra 2:

Deixar em branco
Apenas do IIVRI

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

Tipo de amostra:

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

Secção 6. Relatório de caso clínico preenchido por:

Nome: _____ N.º de telefone: _____ E-mail: _____

Cargo: _____ Distrito: _____ Unidade de saúde: _____

Informação fornecida por: Paciente Representante; Se *representante*, Nome: _____ Relação com o Paciente: _____

Nome do
Caso:

Surto Identificação
do caso:

**** Se o paciente faleceu ou já recuperou da doença, preencha a secção seguinte.**

**** Se o paciente se encontra internado no hospital, deixe a próxima secção em branco (será preenchida quando receber alta)**

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 Morto

O paciente exibiu sinais de hemorragias inexplicáveis em qualquer fase da doença? Sim Não Desc.

Se *sim*, especifique: _____

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: _____ Outro: _____

Localidade: _____ Distrito: _____ Sub-região: _____

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

Local do Funeral/ Enterro:

Localidade: _____ Distrito: _____ Sub-região: _____

Assinale uma resposta para **TODOS** os sintomas, indicando se ocorreram **em qualquer fase desta doença**, incluindo durante o internamento:

Febre Sim Não Desc.

Se sim Temp: ____° C Local: Axila Oral Rectal

Vômitos/ náuseas Sim Não Desc.

Diarreia Sim Não Desc.

Fadiga intensa/ fraqueza geral 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.

Icterícia (olhos/ gengivas/ pele amarelos) Sim Não Desc.

Conjuntivite (olhos vermelhos) Sim Não Desc.

Erupção cutânea Sim Não Desc.

Soluços Sim Não Desc.

Dor atrás dos olhos/ sensibilidade à luz Sim Não Desc.

Coma/ inconsciente Sim Não Desc.

Confusão/ desorientação Sim Não Desc.

Outros sintomas clínicos não hemorrágicos: Sim Não Desc.

Se sim, especifique: _____