**[NOME DO PAÍS]**
**FORMULÁRIO PARA LISTAGEM DE CONTACTOS DE FEBRE HEMORRÁGICA VIRAL**

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

## Informação sobre o caso

| Identificação do caso | Apelido | Outros nomes | Chefe de família | Localidade | Sub-região | Distrito | Data de início dos sintomas | Data de internamento em isolamento | Data do óbito |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

***Incluir informações relativas ao local de residência do contacto no próximo mês para completar as informações.**

## Informações do contacto

| Apelido | Outros nomes | Sexo (M/F) | Idade (anos) | Relação com o caso | Data do último contacto com o caso | Tipo de contacto (1,2,3,4)* enumerar todos | Chefe de família | Localidade | Distrito | Sub-região | Líder da localidade | Número de telefone | Profissional de saúde (S/N) *Se sim*, em que unidade? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

***Tipos de contacto:**
**1 = Tocou em fluídos corporais do caso (sangue, vómito, saliva, urina, fezes)**
**2 = Teve contacto directo com o corpo do caso (vivo ou morto)**
**3 = Tocou ou partilhou vestuário ou louça/outros utensílios de cozinha com o caso**
**4 = Dormiu, comeu, ou esteve na mesma casa ou quarto que o caso**

**Ficha de contacto preenchida por:** **Nome:** _____ **Cargo:** _____ **Número de telefone:** _____

Estima-se que a carga burocrática para a recolha de informação seja de cerca de 15 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.