

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_\_

Número de Identificação: \_\_\_\_\_

## **Questionário Sobre Contactos de Casos com o Vírus do Ébola**

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Paciente com Doença do Vírus do Ébola (DVE): \_\_\_\_\_

Relação com o paciente: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Número de telefone (casa): \_\_\_\_\_ (trabalho): \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**1. Teve algum tipo de contacto com o paciente com a doença do vírus do Ébola (DVE) enquanto este ainda apresentava sintomas?**

Não (Passe para a Pergunta 2)

Sim **SE SIM:** Data do **ÚLTIMO contacto directo** com o paciente: \_\_\_\_\_

**1a. SE SIM: Que tipo de contacto teve com o paciente?**

- Não ocorreu contacto por estar a usar o EPP apropriado  
 Contacto com a sua pele intacta  
 Contacto com a sua pele danificada (corte recente, queimadura ou abrasão não seca)  
 Contacto com membrana mucosa (olhos, nariz, boca, etc.)  
 Outro (especifique): \_\_\_\_\_

**1b. SE O EPP foi utilizado:** Indique todos os itens utilizados.

- Luvas  Luvas duplas  Bata  Óculos de protecção  
 Protecção facial  Máscara  Protecção de pernas  Fato

Tyvek

**2. Teve contacto com algum fluido corporal do paciente com DVE enquanto este apresentava sintomas?**

Não (Passe para a Pergunta 3)

Sim **SE SIM:** Data do **ÚLTIMO contacto** com os fluídos corporais: \_\_\_\_\_

**2a. SE SIM: Que tipo de contacto teve com o paciente?**

- Não ocorreu contacto por estar a usar o EPP apropriado  
 Contacto com a sua pele intacta  
 Contacto com a sua pele danificada (corte recente, queimadura ou abrasão não seca)  
 Contacto com membrana mucosa (olhos, nariz, boca, etc.)  
 Outro (especifique): \_\_\_\_\_

**2b. Com que fluidos corporais teve contacto (selecione todas as respostas relevantes)?**

- Lágrimas  Saliva  Secreções respiratórias/ nasais  
 Líquido cefalorraquidiano  Vômito  Urina  
 Sangue  Fezes  Suor  
 Sêmen/Fluido vaginal  Outro (Especifique): \_\_\_\_\_

**2c. SE O EPP foi utilizado:** Indique todos os itens utilizados.

- Luvas  Luvas duplas  Bata  Óculos de protecção  
 Protecção facial  Máscara  Protecção de pernas  
 Fato Tyvek

**3. Se o paciente com DVE faleceu (morreu), teve contacto com o cadáver?**

Não, o paciente está vivo. (Passe para a Pergunta 4)

Não, não teve contacto com o cadáver e não foi ao funeral. (Passe para a Pergunta 4)

Não, mas foi ao funeral. Data do funeral: \_\_\_\_\_

Sim, teve contacto directo com o corpo. Data do **ÚLTIMO contacto** com o corpo: \_\_\_\_\_

**3a. Que tipo de contacto teve com o corpo?**

- Não ocorreu contacto por estar a usar o EPP apropriado  
 Contacto com a sua pele intacta  
 Contacto com a sua pele danificada (corte recente, queimadura ou abrasão não seca)  
 Contacto com membrana mucosa (olhos, nariz, boca, etc.)  
 Outro (especifique): \_\_\_\_\_

2c. **SE O EPP** foi utilizado: Indique todos os itens utilizados.

- Luvas  Luvas duplas  Bata  Óculos de protecção  
 Protecção facial  Máscara  Protecção de pernas  Fato Tyvek

**4. É/era um dos profissionais de saúde que prestou cuidados ao paciente?**

- Não (Passe para a Pergunta 5)  
 Sim

**5a. Se SIM, que tipo de cuidados de saúde prestou ao doente?**

- Serviços clínicos directos (médico, enfermeira, assistente clínico, etc.)  
 Serviços de laboratório (flebotomia, outras recolhas de amostras, análises laboratoriais)  
 Serviços de manutenção (lavagem de lençóis, limpeza de equipamento, limpeza do quarto do paciente)  
 Outro (especifique): \_\_\_\_\_

**5. Teve outro tipo de contacto com o paciente (Especifique):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-----  
**Classificação:**

- Alto Risco
- Exposição directa aos fluidos corporais do doente com DVE
  - Cuidados directos a um paciente confirmado ou suspeito de DVE sem EPP
  - Funcionário de laboratório que trabalhou com fluidos corporais sem as devidas precauções de segurança.
  - Participação nos ritos fúnebres ou na preparação do corpo de um paciente DVE sem o EPP apropriado
- Baixo Risco
- Não se identificaram exposições de alto risco
  - Prestação de cuidados ao paciente de DVE usando EPP
  - Membro do agregado familiar ou com contacto ocasional com um paciente de DVE
- Sem Riscos Conhecidos
- Não se identificaram outros altos ou baixos riscos
  - Não teve contacto com o paciente de DVE

**Acções de acompanhamento:**

Não é necessário acompanhamento. Não se verificam critérios de alto ou baixo risco ou o último contacto foi há mais de 21 dias.

Recomenda-se o controlo da febre (apenas para Alto e Baixo risco)

Quem realiza o acompanhamento de controlo da febre?

Nome \_\_\_\_\_

Número de telefone \_\_\_\_\_

Recomenda-se o controlo da febre, mas o entrevistado recusa-se a seguir a recomendação

O entrevistado tem tido febre desde o último contacto com o paciente

Onde vai o paciente medir a febre? \_\_\_\_\_

Quem foi notificado no Departamento de Saúde? \_\_\_\_\_

Número de telefone \_\_\_\_\_

**Nome do entrevistador:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_