[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.