

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:** \_\_\_\_\_