

Ficha de investigação de casos

Caso suspeito: Todo paciente com sinais e sintomas de intoxicação.

Processo clinico

Hospitalizado

Comunidade

Data ____/____/____

Código do indivíduo _____

I. Dados demográficos

Nome _____ Apelido _____

Sexo: M F Idade: ____ Anos Peso ____ (Kg) Altura ____ (m)

Residência (Bairro) _____ Ponto de referência: _____

Estado civil:

Profissão/ocupação:

Nível escolaridade:

II. Dados sobre a exposição

Queremos saber tudo o que voce bebeu e comiu na passada 6ª feira.

Tomaste o pequeno almoço na passada 6ª feira? Sim Não

Se sim o que comeu?

Onde comeu?

Que quantidade de alimento comeu?

A que horas tomou o pequeno almoço?

Almoçou na passada 6ª feira? Sim Não

Se sim o que comeu?

Onde comeu?

Que quantidade de alimento comeu?

A que horas almoçou?

Jantou na passada 6ª feira? Sim Não

Se sim o que comeu?

Onde comeu?

Que quantidade de alimento comeu?

A que horas Jantou?

Escrever as resposta na tabela abaixo

Tipo de comida	Local	Quantidade	Hora

Bebeu alguma coisa na passada 6ª feira de manhã? () Sim () Não

Bebeu alguma coisa na tarde? Bebeu uma coise a noite?

Se sim o que bebeu (Phombe, agua, cerveja, refresco, leite, ou outra bebida)?

Onde bebeu? Que quantidade de bebida ingeriu? A que horas bebeu?

Escrever as resposta na tabela abaixo

Bebida	Local	Quantidade	Horas que bebeu

Assistiu ao funeral na casa da família de Dona Adelia? 6ª feira passada (dia 09/01/2015)? ()
Sim () Não

A que horas Chegou a cerimónia? ____ : _____ ?

A que hora foi embora? ____ : _____

Assistiu sozinho? () Sim () Não .

Se Não, liste as pessoas que estiveram consigo?

Nome	Grau de Parentesco	Residência

Bebeu phombe na passada 6 feira? () Sim () Não

Se sim, complete na tabela:

Quantidade	Quando bebeu	Onde bebeu	Partilhar com algum?

Achou que o phombe teve um sabor diferente de normal? () Sim () Não

Se sim, como era o sabor? (selecciona um)

- a. Sabor metálico
- b. Sabor amargo
- c. Sabor mal
- d. Sensação de queimação
- e. Mais doce de que normal
- f. Outro (descreve)

Achou que o phombe cheio diferente de normal?

Se sim, descreve como era diferente:

III. História clínica

Sinais e sintomas:

Esteve doente com alguma outra doença qualquer durante os ultimas 30 dias? Sim___ Nao ___

Se sim, descreve as doenças e sintomas: _____

Estava a tomar algum medicamento para esta doença? () Sim () Não

Se sim Medicamento tradicional () Qual? _____

Medicamento convencional () Qual? _____

Descreve os medicamentos que tomou:

Medicamento	Frequencia	Tomou para cual doença?

Tem alguma doença ou condição de saúde (cronica), por exemplo HIV, hipertensão, problemas de fígado, asma, TB, problemas de coracao ou outros

Estava a tomar algum medicamento para esta doença? () Sim () Não

Se sim Medicamento tradicional () Qual? _____

Medicamento convencional () Qual? _____

Com que frequência tomou o medicamento?

Medicamento	Frequencia	Doença tratada

Teve um ou mais dos seguintes sintomas apartir da Passada 6ª feira dia (09/01/15) ?

A que hora iniciaram os seus primeiras sintomas? Inqueridos deve insistir se a pessoa realmente teve esse sintoma.

Sintoma	Sim/Nao	Data de inicio	Hora de inicio
Sintomas da Coracao			
Dor de peito			
Palpitacao			
Sintomas dos pulmoes			
tosse			
Dificuldade de respirar (dispneia)			
Respire rapidamente			
Roncos			
Sintomas de estatus mental			
Agitacao			
Confuso			
Cefaleia			
Vertigem			
Perda de consciencia			
Fraqueza / falta de energia			
Torpor [falta de sensibilidade]			
Convulsos / tremor			
Paresthesia			
Halucinacao			
Sintomas do pele			
Erupcao cutanea [rash]			
Suor [mais do que normal]			
Iritacao do pele			
Sintomas abdominal			
Dor abdominal			
Nausea			
vomitos			
diarreia			
Sintomas dos olhos			

irritacao dos olhos			
lacrimas			
problemas de vision			
Olhos amarelos			
Olhos vermelhos			
Outros Sintomas			
Dor toraxica			
Reducao de quantidade de urina			
Perde de cabelo			
febre			
Outros?			

Tem recebido tratamento para estos sintomas? () Sim () Não

Se sim, que tipo de tratamento?

Paciente Internado? () Sim () Não

Se internado quando ? _____ / _____ / _____ Recebeu tratamento? () Sim () Não

Descreve o tipo de tratamento:

Resultados de laboratório:

Desfeixo:

Data do desfeixo ____/____/____

Alta ()

Transferido ()

Abandono ()

Óbito ()

Nome do **Inqueridor:** _____ **Categoria:** _____

Data da entrevista: ____/____/15