**Ficha de investigação de casos**

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

**( )Processo clinico ( ) Hospitalizado ( ) Comunidade**

Data\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ Código do indivíduo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Dados demográficos**

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apelido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Residência (Bairro) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ponto de referência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado civil: Profissão/ocupação:

Nível escolardad:

1. **Dados sobre a exposição**

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

**Tomaste o pequeno almoço na passada 6 ͣ 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 6 ͣ feira? ( ) Sim ( ) Não**

Se sim o que comeu? Onde comeu?

Que quantidade de alimento cumeu? A que horas almoçou?

**Jantou na passada 6 ͣ feira? ( ) Sim ( ) Não**

Se sim o que comeu? Onde comeu?

Que quantidade de alimento cumeu? A que horas Jantou?

**Escrever as resposta na tabela abaixo**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tipo de comida | Local | Quantidade | Hora |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Bebeu alguma coisa na passada 6 ͣ 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? 6 ͣ 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 algeum? |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

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

1. **Sabor metálico**
2. **Sabor amargo**
3. **Sabor mal**
4. **Sensação de queimação**
5. **Mais doce de que normal**
6. **Outro (descreve)**

**Achou que o phombe cheio diferente de normal?**

**Se sim, descreve como era diferente:**

1. **História clínica**

**Sinais e sintomas:**

Esteve doente com alguma outra doença qualquer durante os ultimas 30 dias? Sim\_\_\_ Nao \_\_\_

Se sim, descreve as doencas e sintomas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estava a tomar algum medicamento para esta doenca? ( ) 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 doenca? ( ) 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 6 ͣ feira dia (09/01/15) ?

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | |
| iritacao dos olhos |  |  |  |
| lacrimas |  |  |  |
| problemas de vision |  |  |  |
| Olhos amerelos |  |  |  |
| Olhos vermelhos |  |  |  |
| **Outros Sintomas** | | | |
| Dor toraxica |  |  |  |
| Reduçao de quantidade de urina |  |  |  |
| Perde de cabelo |  |  |  |
| febre |  |  |  |
| Outros? |  |  |  |

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

Se sim, que tipo de tratemento?

**Paciente Internado?** ( )Sim ( ) Não

Se internado quando ? \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ Recebeu tratamento? ( ) Sim ( ) Não

Descreve o tipo de tratamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Resultados de laboratório:**

**Desfeixo:** Data do desfexo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Alta ( )

Transferido ( )

Abandono ( )

Óbito ( )

Nome do **Inqueridor**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Categoria:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data da entrevista:**  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/15