



DADOS GERAIS	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO 2 - INDIVIDUAL	2 DATA DA NOTIFICAÇÃO
	3 MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO	CÓDIGO (IBGE)
	4 UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)	CÓDIGO

DADOS DO CASO	5 AGRAVO / DOENÇA CÓLERA	CÓDIGO (CID 10) A 0 0 9	6) DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS	
	7 NOME DO PACIENTE		8) DATA DE NASCIMENTO	
	9 (OU) IDADE D - DIAS M - MESES A - ANOS	10 SEXO M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO	11 RAÇA / COR 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO	12 ESCOLARIDADE (EM ANOS DE ESTUDOS CONCLUÍDOS) 1 - NENHUMA 2 - DE 1 A 3 3 - DE 4 A 7 4 - DE 8 A 11 5 - DE 12 E MAIS 6 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO
	13) NÚMERO DO CARTÃO SUS	14 NOME DA MÃE		

DADOS DE RESIDÊNCIA	15 LOGRADOURO (RUA, AV., PÇA., ETC)	CÓDIGO	16 NUMERO
	17 COMPLEMENTO (APTO, CASA....)	18 PONTO DE REFERÊNCIA	
	20 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓDIGO (IBGE)	DISTRITO
	21 BAIRRO	CÓDIGO (IBGE)	22 CEP
	23 (DDD) TELEFONE	24 ZONA 1 - URBANA 2 - RURAL 3 - URBANA / RURAL 9 - IGNORADO	25 PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)

DADOS COMPLEMENTARES

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	26 DATA DA INVESTIGAÇÃO	27 OCUPAÇÃO / RAMO DE ATIVIDADE ECONÔMICA			
	28 CONTATO COM CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE CÓLERA (ATÉ 10 DIAS ANTES DO INÍCIO DOS SINAIS E SINTOMAS)				
	1 - DOMICÍLIO 2 - VIZINHANÇA 3 - TRABALHO 4 - CRECHE / ESCOLA 5 - POSTO DE SAÚDE HOSPITAL 6 - OUTROS ESTADOS / MUNICÍPIOS 7 - OUTRO: 8 - SEM HISTÓRIA DE CONTATO 9 - IGNORADO				
	29 NOME DO CONTATO			30 (DDD) TELEFONE	
	31 ENDEREÇO DE CONTATO (RUA, AV., BAIRRO, LOCALIDADE, ETC.)				
	32 DESLOCAMENTO (DATAS E LOCAIS FREQUENTADOS NO PERÍODO DE 10 DIAS ANTERIORES AO INÍCIO DOS SINAIS E SINTOMAS)				
	DATA	MUNICÍPIO	DATA	MUNICÍPIO	DATA
33 ALIMENTOS CONSUMIDOS NA ÚLTIMA SEMANA E SUGESTIVOS DE CONTAMINAÇÃO					
TIPO DE ALIMENTO		LOCAL DE CONSUMO			
CONDIÇÕES DE SANEAMENTO					
34 ABASTECIMENTO DE ÁGUA - PROCEDÊNCIA DA ÁGUA (PRINCIPALMENTE PARA BEBER)			35 DESINFECÇÃO NO DOMICÍLIO		
1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO			1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		
<input type="checkbox"/> SISTEMA PÚBLICO	<input type="checkbox"/> NASCENTE / FONTE	<input type="checkbox"/> CAMINHÃO - PAPA	<input type="checkbox"/> CLORAÇÃO <input type="checkbox"/> SEM DESINFECÇÃO		
<input type="checkbox"/> POÇOS ARTESIANOS	<input type="checkbox"/> RIO / IGARAPÉ	<input type="checkbox"/> CHAFARIZ	<input type="checkbox"/> FERVURA <input type="checkbox"/> OUTROS:		
<input type="checkbox"/> POÇO RASO / CACIMBA	<input type="checkbox"/> AÇUDE / BARREIRO	<input type="checkbox"/> OUTROS:			

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	36 DESTINO DOS DEJETOS – DOMICÍLIOS COM SANITÁRIOS 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/> REDE PÚBLICA DE ESGOTO <input type="checkbox"/> FOSSA <input type="checkbox"/> DIRETO P/ RIO / CANAL <input type="checkbox"/> GALERIA DE ÁGUA PLUVIAIS <input type="checkbox"/> OUTROS:			37) DOMICÍLIO SEM SANITÁRIO 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/> DIRETO NO SOLO <input type="checkbox"/> DIRETO NO CANAL <input type="checkbox"/> DIRETO NO RIO <input type="checkbox"/> OUTROS:		
	38 RESÍDUOS SÓLIDOS – DESTINO DO LIXO <input type="checkbox"/> COLETA PÚBLICA <input type="checkbox"/> LANÇADO NO MEIO AMBIENTE <input type="checkbox"/> QUEIMADO <input type="checkbox"/> ENTERRADO <input type="checkbox"/> OUTROS:					
DADOS CLÍNICOS	39 SINAIS E SINTOMAS 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> NÁUSEAS <input type="checkbox"/> CÓLICAS <input type="checkbox"/> CHOQUE <input type="checkbox"/> VÔMITOS <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> CÂIMBRAS <input type="checkbox"/> FEBRE			40 DESIDRATAÇÃO 1 – NÃO 2 – ALGUM GRAU 3 – GRAVE 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/>		
	39 SINAIS E SINTOMAS 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/> AQUOSA <input type="checkbox"/> PASTOSA <input type="checkbox"/> ÁGUA DE ARROZ <input type="checkbox"/> AMARELADA					
	42 FREQUÊNCIA / DIA 1 – ATÉ 5 EVACUAÇÕES <input type="checkbox"/> 2 – DE 6 A 10 EVACUAÇÕES 3 – DE 11 A 20 EVACUAÇÕES 4 – ACIMA DE 20 EVACUAÇÕES		43 PRESENÇA DE SANGUE? 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/>		44 PRESENÇA DE MUCO? 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/>	
	45 TIPO DE ATENDIMENTO 1 - HOSPITAL 2 - DOMICÍLIO 3 - CASA DE PARTO 4 - OUTRO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>					
ATENDIMENTO	49 MUNICÍPIO DO HOSPITAL		50 NOME DO HOSPITAL		48 UF	
	51 ENDEREÇO DO HOSPITAL			52 (DDD) TELEFONE		
	53 MATERIAL COLHIDO 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/> FEZES <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> SANGUE					
DADOS DO LABORATÓRIO	54 TIPO DE COLETA 1 – SWAB RETAL 3 – FEZES IN NATURA 2 – SWAB FECAL 4 – PAPEL DE FILTRO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/>					
	55 DATA DA COLETA	56 USO DE ANTIBIÓTICO ANTES DA COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/>		57 CASO AFIRMATIVO, QUAL?		
	58 RESULTADO 1 – POSITIVO <input type="checkbox"/> 2 – NEGATIVO	59 CASO POSITIVO 1 – OGWA 2 – INABA 3 – HIJOJIMA 4 – OUTRO SOROTIPO 5 – NÃO VIBRIO <input type="checkbox"/>		60 CASO NEGATIVO, ESPECIFICAR:		
	61 REIDRATAÇÃO 1 – VIA ORAL 2 – VENOSA 3 – ORAL-VENOSA <input type="checkbox"/>					
TRATAMENTO	62 UTILIZOU ANTIBIÓTICOS 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/>			63 CASO AFIRMATIVO, QUAL? QUANTIDADE EM LITROS:		
	64 CLASSIFICAÇÃO FINAL 1 – CONFIRMADO <input type="checkbox"/> 2 – DESCARTADO, ESPECIFICAR OUTRO AGENTE:			65 CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO / DESCARTE 1 – LABORATORIAL 2 – VÍNCULO-EPIDEMIOLÓGICO 3 – CLÍNICO <input type="checkbox"/>		
CONCLUSÃO	LOCAL PROVÁVEL DA FONTE DE INFECÇÃO (NO PERÍODO DE 10 DIAS)					
	66 MUNICÍPIO		67 PAÍS		68 UF	
	69 BAIRRO		70 DISTRITO			
	71 DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/>		72 EVOLUÇÃO DO CASO 1 – CURA 2 – ÓBITO 9 – IGNORADO <input type="checkbox"/>			
	73 SE ÓBITO, LOCAL		74 DATA DO ÓBITO		75 DATA DO ENCERRAMENTO	
OBSERVAÇÕES:						
INVESTIGADOR	76 MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE			77 CÓDIGO DA UNID. SAÚDE		
	78 NOME		79 FUNÇÃO			
	80 ASSINATURA					