



CASO SUSPEITO: EM ÁREAS SEM EVIDÊNCIA DE CIRCULAÇÃO DE V. CHOLERAEE PATOGÊNICO (SOROGRUPOS O1 E O139) - PACIENTE COM MAIS DE 10 ANOS QUE APRESENTE DIARREIA AGUDA AQUOSA E ABUNDANTE; PACIENTE DE QUALQUER FAIXA ETÁRIA COM HISTÓRICO DE DESLOCAMENTO PARA ÁREAS COM OCORRÊNCIA DE CASOS DE CÓLERA E CUJOS SINTOMAS INICIARAM NOS ÚLTIMOS DEZ DIAS DE CHEGADA; OU COMUNICANTES DE CASOS SUSPEITOS DE CÓLERA COM DIARREIA. EM ÁREAS COM EVIDÊNCIA DE CIRCULAÇÃO DE V. CHOLERAEE PATOGÊNICO (SOROGRUPOS O1 E O139) - QUALQUER INDIVÍDUO QUE APRESENTE DIARREIA AGUDA.

DADOS GERAIS	1 TIPO DE NOTIFICAÇÃO		2 - INDIVIDUAL		
	2 AGRAVO / DOENÇA CÓLERA			CÓDIGO (CID 10) A 00.9	3 DATA DE NOTIFICAÇÃO
	4 UF	5 MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO			CÓDIGO (IBGE)
	6 UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA)			CÓDIGO	7 DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	8 NOME DO PACIENTE				9 DATA DE NASCIMENTO	
	10 (OU) IDADE 1 - HORA 2 - DIA 3 - MÊS 4 - ANO	11 SEXO M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO	12 GESTANTE 1 - 1º TRIMESTRE 2 - 2º TRIMESTRE 3 - 3º TRIMESTRE 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA 5 - NÃO 6 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO		13 RAÇA / COR 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO	
	14 ESCOLARIDADE					
	0 - ANALFABETO		1 - 1ª A 4ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU)		2 - 4ª SÉRIE COMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU)	
3 - 5ª À 8ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU)		4 - ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU)		5 - ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU)		
6 - ENSINO MÉDIO COMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU)		7 - EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA		8 - EDUCAÇÃO SUPERIOR COMPLETA		
9 - IGNORADO		10 - NÃO SE APLICA				
15 NÚMERO DO CARTÃO SUS			16 NOME DA MÃE			

DADOS DE RESIDÊNCIA	17 UF	18 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓDIGO (IBGE)	19 DISTRITO		
	20 BAIRRO		21 LOGRADOURO (RUA, AVENIDA, ETC.)		CÓDIGO	
	22 NÚMERO	23 COMPLEMENTO (APTO, CASA, ETC.)	24 GEO CAMPO 1	25 GEO CAMPO 2		
	26 PONTO DE REFERÊNCIA				27 CEP	
	28 (DDD) TELEFONE		29 ZONA 1 - URBANA 2 - RURAL 3 - PERIURBANA 9 - IGNORADO	30 PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL)		

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	DADOS COMPLEMENTARES DO CASO					
	31 DATA DA INVESTIGAÇÃO		32 OCUPAÇÃO			
	33 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	
	34 NOME DO CONTATO				35 (DDD) TELEFONE	
	36 ENDEREÇO DE CONTATO (RUA, AV., BAIRRO, LOCALIDADE, ETC.)					
	37 SUGESTÃO DE VÍNCULO COM					
	1 - CONSUMO DE ÁGUA NÃO TRATADA		2 - EXPOSIÇÃO À ESGOTO		3 - ALIMENTO	
4 - DESLOCAMENTO		5 - OUTROS:		9 - IGNORADO		
38 SINAIS E SINTOMAS		1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		39 DESIDRATAÇÃO		
<input type="checkbox"/> ASSINTOMÁTICO <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> VÔMITOS		<input type="checkbox"/> CÂIMBRAS <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL		<input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> CHOQUE		
41 FREQUÊNCIA / DIA		42 PRESENÇA DE SANGUE?		40 CARACTERÍSTICA DA DIARREIA		
1 - ATÉ 5 EVACUAÇÕES		1 - NÃO		1 - AQUOSA / AMARELADA		
2 - DE 6 A 10 EVACUAÇÕES		2 - ALGUM GRAU		2 - AQUOSA / ÁGUA DE ARROZ		
3 - DE 11 A 20 EVACUAÇÕES		3 - GRAVE		3 - PASTOSA		
4 - ACIMA DE 20 EVACUAÇÕES		9 - IGNORADO		9 - IGNORADO		
		43 PRESENÇA DE MUCO?				
		1 - SIM		1 - SIM		
		2 - NÃO		2 - NÃO		
		9 - IGNORADO		9 - IGNORADO		

ATENDIMENTO	44 TIPO DE ATENDIMENTO <input type="checkbox"/>			45 DATA DO ATENDIMENTO	46 DATA DA INTERNAÇÃO	47 UF
	1 - HOSPITALAR 2 - AMBULATORIAL 3 - DOMICILIAR 4 - NENHUM 9 - IGNORADO					
	48 MUNICÍPIO DO HOSPITAL		CÓDIGO (IBGE)	49 NOME DO HOSPITAL		CÓDIGO
	50 MATERIAL COLHIDO <input type="checkbox"/> FEZES / SWAB RETAL OU FECAL <input type="checkbox"/> VÔMITO					51 DATA DA COLETA
	52 USO DE ANTIBIÓTICO ANTES DA COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/>			53 CASO AFIRMATIVO, QUAL? <input type="checkbox"/>	54 RESULTADO <input type="checkbox"/>	
1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO					1 - POSITIVO 2 - NEGATIVO	
55 CASO POSITIVO <input type="checkbox"/>			56 CASO NEGATIVO, ESPECIFICAR:			
1 - OGAWA 2 - INABA 3 - HIQJIMA 4 - OUTRO SOROTIPO 5 - NÃO VIBRIO						

TRATAMENTO	57 REIDRATAÇÃO <input type="checkbox"/>		58 UTILIZOU ANTIBIÓTICOS <input type="checkbox"/>	59 CASO AFIRMATIVO, QUAL? <input type="checkbox"/>	
	1 - VIA ORAL 2 - VENOSA 3 - ORAL-VENOSA		1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		

CONCLUSÃO	60 CLASSIFICAÇÃO FINAL <input type="checkbox"/>		61 CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO / DESCARTE <input type="checkbox"/>			
	1 - CONFIRMADO 2 - DESCARTADO		1 - LABORATORIAL 2 - CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO			
	LOCAL PROVÁVEL DA FONTE DE INFECÇÃO (NO PERÍODO DE 10 DIAS)					
	62 O CASO É AUTÓCTONE DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA? <input type="checkbox"/>			63 UF	64 PAÍS	
	1 - SIM 2 - NÃO 3 - INDETERMINADO					
65 MUNICÍPIO		CÓDIGO (IBGE)	66 DISTRITO		67 BAIRRO	
68 DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO <input type="checkbox"/>			69 EVOLUÇÃO DO CASO <input type="checkbox"/>			
1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO			1 - CURA 2 - ÓBITO POR CÓLERA 3 - ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS 9 - IGNORADO			
70 DATA DO ÓBITO			71 DATA DO ENCERRAMENTO			

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES

DESLOCAMENTO (DATAS E LOCAIS FREQUENTADOS NO PERÍODO DE 10 DIAS ANTERIORES AO INÍCIO DOS SINAIS E SINTOMAS)

DATA	UF	MUNICÍPIO	PAÍS	MEIO DE TRANSPORTE

ALIMENTOS CONSUMIDOS NA ÚLTIMA SEMANA E SUGESTIVOS DE CONTAMINAÇÃO

TIPO DE ALIMENTO	LOCAL DE CONSUMO

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS:

INVESTIGADOR	MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE		CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE
	NOME		FUNÇÃO
	DATA	ASSINATURA	