SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO

Νo

CASO SUSPEITO: Em áreas sem evidência de circulação de V. cholerae patogênico (Sorogrupos O1 e O139) - paciente com mais de 10 anos que apresente diarréia 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 diarréia.

Em áreas com evidência de circulação de V. cholerae patogênico (Sorogrupos O1 e O139) - qualquer indivíduo que apresente diarréia aguda.

	Tipo de Notificação 2 - Individual
Dados Gerais	2 Agravo/doença Código (CID10) 3 Data da Notificação A 00.9
	4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data dos Primeiros Sintomas
_	8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento
Individua	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 1 - Ignorado 1 - Ignora
Notificação Individual	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,) Código
	22 Número 23 Complemento (apto., casa,) 24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2 2 Ponto de Referência 27 CEP
	28 (DDD) Telefone 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 30 País (se residente fora do Brasil) 3 - Periurbana 9 - Ignorado
	Dados Complementares do Caso
	31 Data da Investigação 32 Ocupação
lógicos	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
demio	6 - Outro Estado/Município 7 - Outros: 8 - Sem História de Contato 9 - Ignorado
Antecedentes Epidemiológicos	Nome do Contato 35 (DDD) Telefone
	36 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)
	37 Sugestão de Vinculo com:
	1 - Consumo de água não tratada 2 - Exposição à esgoto 3 - Alimento 4 - Deslocamento 5 - Outros 9 - Ignorado
Dados Clínicos	38 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 39 Desidratação 1 - Aquosa/ Amarelada 1 - Aquosa/ Amarelada 2 - Aquosa/ Água de Arroz 3 - Grave 9 - Ignorado 9 - Ignorado
	41 Frequência/Dia 42 Presença de Sangue? 43 Presença de Muco?
	1 - Até 5 Evacuações 2 - De 6 a 10 Evacuações 3 - De 11 a 20 Evacuações 4 - Acima de 20 Evacuações 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 2 - Não 9 - Ignorado
	Cólera Sinan NET SVS 04/10/2006

nento	Tipo de Ato	endimento - Domiciliar	•	Ambulatorial Ignorado	Data do Atendimento	Data	da Internação		
Atendimento	48 Município	do Hospital		Código (IBGE)	49 Nome do H	lospital	Código		
Dados do Laboratório	50 Material Col	hido Não 9-Igno	orado	Fezes/Swab retal ou fe	cal Vômito		51 Data da Coleta		
	52 Uso de Anti	54 Resultado							
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Positivo 2 - Negativo 55 Caso Positivo 1 - Ogawa 2 - Inaba 3 - Hikojima 4 - Outro Sorotipo 5 - Não Vibrio								
Trata- mento	7 Reidratação 1 - Via Oral 2 - Venosa 3 - Oral-Venosa To Sim 2 - Não 9 - Ignorado To Sim 2 - Não 9 - Ignorado To Sim 2 - Não 9 - Ignorado								
	60 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico								
	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? 63 UF 64 País								
usão		1-Sim 2-	-Não 3-Indetermina				,		
Conclusão	65 Município Código (IBGE) 66 Distrito						Bairro		
	68 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Cura 2 - Óbito por cólera 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado								
	70 Data do Ól	oito	71 Data do E	Encerramento					
Informações complementares e observações									
Deslocamento (datas e locais frequentados do Data UF				do de 10 dias anteriores a UNICÍPIO		e sintomas) País	Meio de Transporte		
	mentos Consum o de Alimento			vos de Contaminação ocal de Consumo					
Ob	servações Ac	licionais							
dor	Município/Ui	nidade de Sai	úde				Cód. da Unid. de Saúc		
Investigador	Nome Função					Assinatura			
Inv				. anyao			Assiliatura		