

CASO SUSPEITO: Em áreas sem evidência de circulação de V. cholerae 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. cholerae patogênico (Sorogrupos O1 e O139) - qualquer indivíduo que apresente diarreia aguda.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	
	2 Agravo/doença CÓLERA	3 Data da Notificação Código (CID10) A 00.9
	4 UF	5 Município de Notificação Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código	
	7 Data dos Primeiros Sintomas	
	8 Nome do Paciente	
Dados de Residência	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,...) Código		
22 Número		
23 Complemento (apto., casa, ...)		
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)		

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	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 - Outro Estado/Município 7 - Outros: _____ 8 - Sem História de Contato 9 - Ignorado	
34 Nome do Contato		
35 (DDD)		
36 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., 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		

Dados Clínicos	38 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	39 Desidratação 1 - Não 2 - Algum Grau 3 - Grave 9 - Ignorado	
	40 Característica da Diarreia 1- Aquosa/ Amarelada 2- Aquosa/ Água de Arroz 3- Pastosa 9- Ignorado	
41 Frequência/Dia 1 - Até 5 Evacuações 2 - De 6 a 10 Evacuações 3 - De 11 a 20 Evacuações 4 - Acima de 20 Evacuações		
42 Presença de Sangue? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
43 Presença de Muco? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

Atendimento	44 Tipo de Atendimento 1 - Hospitalar 2 - Ambulatorial <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar 4 - Nenhum 9 - Ignorado	45 Data do Atendimento	46 Data da Internação	47 UF
	48 Município do Hospital	Código (IBGE)	49 Nome do Hospital	Código
Dados do Laboratório	50 Material Colhido 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Fezes/Swab retal ou fecal <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/>	51 Data da Coleta		
	52 Uso de Antibiótico Antes da Coleta de Material 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	53 Caso Afirmativo, Qual?	54 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo <input type="checkbox"/>	
	55 Caso Positivo 1 - Ogawa 2 - Inaba 3 - Hikojima 4 - Outro Sorotipo 5 - Não Vibrio <input type="checkbox"/>	56 Caso Negativo, Especificar		
Tratamento	57 Reidratação 1 - Via Oral 2 - Venosa 3 - Oral-Venosa <input type="checkbox"/>	58 Utilizou Antibióticos 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	59 Caso Afirmativo, Qual?	
Conclusão	60 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado <input type="checkbox"/>	61 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico <input type="checkbox"/>		
	Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 10 dias)			
	62 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado <input type="checkbox"/>	63 UF	64 País	
	65 Município	Código (IBGE)	66 Distrito	67 Bairro
	68 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	69 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito por cólera 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		
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	Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura
	Cólera	Sinan NET	SVS 04/10/2006