**Modelo de formulário de investigação de casos de cólera**

O modelo de formulário abaixo pode ser utilizado para recolher informações sobre um caso suspeito de cólera durante a investigação de um caso. A investigação de casos tem por objetivo recolher informações adicionais sobre casos suspeitos de cólera para além da notificação de rotina. Deve ser efetuada por um funcionário da autoridade sanitária local, entrevistando o doente, e o formulário preenchido deve ser enviado às autoridades sanitárias locais imediatamente após a conclusão da investigação.

Quando se deteta um surto de cólera suspeito, provável ou confirmado, a investigação de casos é utilizada para classificar os casos segundo a origem geográfica da infeção (ou seja, casos adquiridos localmente ou casos importados) e para gerar hipóteses sobre a(s) exposição(ões) a potenciais fontes de contaminação e contextos de transmissão, a fim de orientar as investigações no terreno. Para esse efeito, a **investigação de casos deve ser iniciada no prazo de 24 horas após a deteção de um surto de cólera suspeito, provável ou confirmado, e deve ser efetuada em todos os casos suspeitos de cólera (no prazo de 24 horas após a notificação) durante a fase inicial de um surto.**

Além disso, nos países que pretendem distinguir entre transmissão comunitária e transmissão agrupada, a investigação de casos é utilizada para documentar as ligações epidemiológicas e demonstrar a ausência de transmissão comunitária. Para o efeito,  **nas unidades de vigilância com transmissão agrupada, a investigação de casos deve ser efetuada, no mínimo, em todos os casos confirmados de cólera e em todos os casos suspeitos para os quais não tenha sido colhida uma amostra para análise laboratorial** (a colheita de amostras deve então ser efetuada como parte da investigação de casos). **Um gráfico que resume como, quando e o que investigar através da investigação de casos está disponível na página 8 deste documento.**

|  |  |
| --- | --- |
| Informações gerais | |
| **Data da investigação do caso:** [\_A\_][\_A\_][\_A\_][\_A\_] - [\_M\_][\_M\_] - [\_D\_][\_D\_] | |
| **Unidade de vigilância:** | |
| **Nome do entrevistador:** | |
| 1. Informações do caso | |
| **Identificador único do doente** |  |
| **Nome** |  |
| **Apelido** |  |
| **Idade (em anos)** | \_\_\_\_\_ anos |
| **Local/morada**  **de residência** | Local/morada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * **O caso vive num campo de deslocados/refugiados?** * Sim, especificar o nome/local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Não * Desconhecido |

|  |
| --- |
| 1. Historial de viagens nos 5 dias anteriores ao início da doença |
| * **Viajou para fora do seu local de residência nos 5 dias anteriores ao início da sua doença?** Inclui deslocações ao estrangeiro e/ou dentro do país fora da unidade de vigilância de residência do caso. * Sim, especificar abaixo * Não * Desconhecido * **Se sim, indicar o(s) destino(s) e as datas da viagem:**  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Local  especificar a região, o distrito, a cidade/aldeia, etc. | País  Se viajou para o estrangeiro | Data de chegada | Data de partida | | 1. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_] /[\_D\_][\_D\_] | [\_M\_][\_M\_]/[\_D\_][\_D\_] | | 2. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_D\_][\_D\_] | [\_M\_][\_M\_]/[\_D\_][\_D\_] | | 3. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_D\_][\_D\_] | [\_M\_][\_M\_]/[\_D\_][\_D\_] | |
| 1. Interações sociais e reuniões nos 5 dias anteriores ao início da doença |
| * **Esteve em contacto ou visitou alguém que tivesse uma doença ou sintomas semelhantes (diarreia aquosa aguda) nos 5 dias anteriores ao início da sua doença?** * Sim, especificar abaixo * Não * Desconhecido * **Sim, especificar:**  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Relação  Cônjuge, filhos, etc. | Tipos de interação  Assinalar todas as opções aplicáveis. | Data da última interação | Local de interação | | 1. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Contacto com vómitos/fezes, prestação de cuidados diretos ou visita ao leito * Habitação partilhada * Instalações sanitárias partilhadas * Partilharam uma refeição (comeram/beberam juntos) ou consumiram alimentos/bebidas preparados ou manuseados pela pessoa doente * Outro, especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_D\_][\_D\_] |  | | 2. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Contacto com vómitos/fezes, prestação de cuidados diretos ou visita ao leito * Habitação partilhada * Instalações sanitárias partilhadas * Partilharam uma refeição (comeram/beberam juntos) ou consumiram alimentos/bebidas preparados ou manuseados pela pessoa doente   Outro, especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_D\_][\_D\_] |  | | 3. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Contacto com vómitos/fezes, prestação de cuidados diretos ou visita ao leito * Habitação partilhada * Instalações sanitárias partilhadas * Partilharam uma refeição (comeram/beberam juntos) ou consumiram alimentos/bebidas preparados ou manuseados pela pessoa doente * Outro, especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_D\_][\_D\_] |  | |
| * **Esteve em contacto ou visitou alguém que tenha viajado para fora do seu local de residência nos 5 dias anteriores ao início da doença (incluindo alguém do seu agregado familiar/complexo)?** O contacto pode incluir a partilha de alojamento ou de instalações sanitárias, visitas, comer/beber em conjunto, etc. Inclui deslocações ao estrangeiro e/ou dentro do país fora da unidade de vigilância de residência do caso. * Sim, especificar abaixo * Não * Desconhecido * **Sim, especificar:**  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Relação  Cônjuge, filhos, etc. | De onde veio?  Especificar a região, o distrito, a cidade/aldeia, etc. | Data de início da viagem | Data de fim da viagem | Data da última interação | | 1. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_D\_][\_D\_] | [\_M\_][\_M\_]/[\_D\_][\_D\_] | [\_M\_][\_M\_]/[\_D\_][\_D\_] | | 2. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_D\_][\_D\_] | [\_M\_][\_M\_]/[\_D\_][\_D\_] | [\_M\_][\_M\_]/[\_D\_][\_D\_] | | 3. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_D\_][\_D\_] | [\_M\_][\_M\_]/[\_D\_][\_D\_] | [\_M\_][\_M\_]/[\_D\_][\_D\_] | |
| * **Participou em algum evento social, reunião comunitária ou evento de massas (como um ritual ou cerimónia fúnebre, receção de casamento, festival, reunião religiosa, etc.) nos 5 dias anteriores ao início da sua doença?** * Sim, especificar abaixo * Não * Desconhecido * **Sim, especificar:**  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Evento | Tipo de evento | Data do evento | Local do evento | | 1. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_D\_][\_D\_] | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | 2. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_D\_][\_D\_] | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | 3. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_D\_][\_D\_] | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| * **Mais alguém no seu agregado familiar/complexo participou em algum evento social, reunião comunitária ou evento de massas (como um ritual ou cerimónia fúnebre, receção de casamento, festival, reunião religiosa, etc.) nos 5 dias anteriores ao início da sua doença?** * Sim, especificar abaixo * Não * Desconhecido * **Sim, especificar:**  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Evento | Tipo de evento | Data do evento | Local do evento | | 1. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_D\_][\_D\_] | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | 2. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_D\_][\_D\_] | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | 3. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_D\_][\_D\_] | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  |
| 4. Ocupação/trabalho nos 5 dias anteriores ao início da doença |
| * **Qual era a sua principal ocupação/trabalho nos 5 dias anteriores ao início da sua doença?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * **Especificar o(s) local(is) de ocupação/trabalho:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Água, saneamento e higiene nos 5 dias anteriores ao início da doença |
| * **Quais eram as principais fontes de água potável do seu agregado familiar nos 5 dias anteriores ao início da sua doença?** Assinale todas as opções aplicáveis (pode ser mais do que uma fonte; certifique-se de que se trata da água utilizada para BEBER) * Canalização para a habitação * Canalização para o recinto, pátio ou terreno * Canalização para o vizinho * Torneira pública/fontanário * Furo ou poço * Poço escavado com proteção * Poço escavado sem proteção * Fonte com proteção * Fonte sem proteção * Recolha de águas pluviais * Camião-cisterna * Carro com pequeno depósito/tambor * Quiosque de água * Água engarrafada * Água de saqueta * Águas superficiais (rio, ribeiro, barragem, lago, lagoa, canal, canal de irrigação) * Outro, especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * **Houve outras fontes de água que consumiu nos 5 dias anteriores ao início da doença (no trabalho, fora de casa, etc.) – Consultar o local de trabalho citado na secção 4.** Assinalar todas as opções aplicáveis. * Canalização para a habitação * Canalização para o recinto, pátio ou terreno * Canalização para o vizinho * Torneira pública/fontanário * Furo ou poço * Poço escavado com proteção * Poço escavado sem proteção * Fonte com proteção * Fonte sem proteção * Recolha de águas pluviais * Camião-cisterna * Carro com pequeno depósito/tambor * Quiosque de água * Água engarrafada * Água de saqueta * Águas superficiais (rio, ribeiro, barragem, lago, lagoa, canal, canal de irrigação) * Outro, especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * **Você ou qualquer outro membro do agregado familiar fez alguma coisa para tornar a água potável mais segura para beber nos 5 dias anteriores ao início da sua doença?** * Sim * Não * Desconhecido   **Se sim, especificar:** Assinalar todas as opções aplicáveis.   * Ferver água * Adicionar lixívia/cloro * Coar através de um pano * Utilizar um filtro de água * Desinfeção solar (SODIS) * Deixar repousar/assentar * Outro, especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * **O seu agregado familiar armazenou água potável em recipientes nos 5 dias anteriores ao início da sua doença?** * Sim * Não * Desconhecido   **Se sim, especificar o tipo:**   * Contentores de boca estreita/jerrycans * Outro, especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * **Onde é que os membros do seu agregado familiar defecaram, principalmente nos 5 dias anteriores ao início da sua doença?** Assinalar todas as opções aplicáveis. * Descarga * Descarga para o sistema de esgotos canalizado * Descarga para a fossa séptica * Descarga para latrina de fossa * Descarga para escoamento a céu aberto * Descarga para local desconhecido * Latrina de fossa com laje * Latrina de fossa sem laje/fossa aberta * Fosso duplo com laje * Fosso duplo sem laje * Outra sanita de compostagem * Balde * Saneamento em contentores * Sanita suspensa/latrina suspensa * Nenhuma instalação/arbusto/campo * Outro, especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * **Partilhou esta instalação com outras pessoas que não são membros do seu agregado familiar nos 5 dias anteriores ao início da sua doença?** * Sim * Não * Desconhecido |
| * **Pode indicar os principais momentos em que costuma lavar as mãos (em casa ou no trabalho)?** Não ler as respostas abaixo. Assinalar todas as opções mencionadas. Se a resposta for "Quando as mãos estão sujas", investigue para determinar quando é que as mãos ficam sujas. * Antes de preparar os alimentos ou cozinhar * Antes de comer/antes de alimentar as crianças * Depois de limpar ou mudar o bebé/após contacto com uma pessoa doente * Depois de usar a casa de banho * Não lava as mãos com sabão * Outro, especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Não sei |
| * **Há outras observações a partilhar (por exemplo, fator de risco conhecido, exposição ambiental, etc.)?** |
| 1. Consumo de alimentos nos 5 dias anteriores ao início da doença |
| * **Nos 5 dias anteriores ao início da sua doença, comeu algum dos seguintes alimentos fora de casa:** Assinalar todas as opções aplicáveis. * Frutas ou legumes crus * Peixe ou marisco * Sumos de fruta fresca comprados em vendedores ambulantes ou em restaurantes * Água/bebidas com cubos de gelo ou gelo picado compradas em vendedores ambulantes ou restaurantes * Alimentos comprados em vendedores ambulantes ou restaurantes * Alimentos do mercado   Se sim, especificar o nome do(s) fornecedor(es) ou o(s) local(is) de compra:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Conclusões da investigação do caso | |
| **Classificação do caso por origem geográfica da infeção** | * Caso adquirido localmente * Caso importado internacionalmente (infeção adquirida noutro país) * Caso importado internamente (infeção adquirida noutra unidade de vigilância mas no mesmo país).   **Se o caso for importado internacionalmente ou internamente, especificar o local de importação:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Ligação epidemiológica** | * **O caso está epidemiologicamente ligado a outro caso suspeito ou confirmado de cólera?** * Sim (especificar se está ligado a um caso suspeito ou confirmado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) * Não * Desconhecido * **Especificar a ligação epidemiológica:** * Desconhecido/não identificado * Contacto com um caso de cólera importado, especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Contacto com um caso de cólera adquirido localmente, especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Fonte ambiental (mesma fonte ou veículo de infeção comum a outro caso de cólera), especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Hipóteses sobre a(s) exposição(ões) a fonte(s) potencial(ais) de contaminação e contextos de transmissão** | Descrever quaisquer hipóteses sobre a(s) exposição(ões) à(s) fonte(s) potencial(ais) de contaminação e contextos de transmissão para orientar as investigações no terreno: |
| **Observações adicionais** |  |

