

O laboratório que submete o pedido deve preencher um formulário para cada isolado individual enviado para um laboratório recetor.

Este formulário deve ser preenchido e acompanhar qualquer remessa de isolados para um laboratório secundário/de referência para testes adicionais (como AST ou sequenciação) ou mesmo para fins confirmatórios. O laboratório que submete o pedido deve preencher um formulário para cada isolado individual enviado para um laboratório recetor.

Os isolados devem viajar com a documentação correspondente ([Formulário de Encaminhamento Laboratorial para Caso Suspeito de Cólera e/ou lista de linhas](#)). Inclua quaisquer resultados de testes que possam já ter sido realizados, como resultados de TDR.

IMPORTANTE: Informe o laboratório recetor antes de enviar a amostra.

Para obter instruções mais específicas para embalagem e transporte, consulte [Condicionamento de tensão para transporte internacional de *Vibrio cholerae* 01/O139 Job Aids](#).¹

Pedido feito por

Nome/endereço do laboratório (ou carimbo)

Nome do diretor do laboratório/pessoa de contacto:

Telefone: Correio eletrónico:

Teste(s) solicitado(s):

☐ Diagnósticos de confirmação: Especificar: ☐ Identificação, serotipagem ☐ Testes de toxinas ☐ Testes de suscetibilidade antimicrobiana (AST)

☐ Sequenciação genómica ☐ Outros, especificar:

Isolar

ID do isolamento:

Condicionamento do isolado: ☐ Cultura inoculada em meio não seletivo (inclinação em ágar), especificar meio²:

☐ Cultura inoculada em ágar de cultura-mãe, especificar o tipo de ágar²:

☐ Cultura em papel de filtro molhado²

☐ Outros, especificar:

Data da colheita do espécime primário: DD MM AAAA
 ____/____/____

Local espécime primário coletado: Província/Região Distrito Vila

Doente

ID do paciente: Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Idade: ____ Anos ____ Meses ____ Dias quer Data de nascimento: DD MM AAAA
 ____/____/____

Data de início da doença: DD MM AAAA
 ____/____/____

Local suspeito de contaminação: Província/Região Distrito Vila

Resultados para o doente: ☐ Hospitalizado ☐ Dispensado ☐ Falecido ☐ Auto-descargo ☐ Desconhecido

☐ Referido, especificar:

O paciente se encaixava na definição de caso clínico suspeito para cólera? ☐ Sim ☐ Não

Existe uma noção de agrupamento de casos? ☐ Não ☐ Sim, especifique:

História relevante de viagens

¹ Rotule cuidadosamente isolados com identificador único usando um marcador permanente. Indique o endereço completo e o número de telefone do remetente no formulário. Não escreva o nome do agente patogénico na embalagem exterior, apenas na papelada dentro da caixa, se for caso disso.

² Transportar à temperatura ambiente (idealmente entre 22–25 °C). Não refrigerar nem congelar. Manter ao abrigo da luz solar direta.

RDT

Realizado : ☐ Não
☐ Sim, especificar: ☐ TDR enriquecido (APW)
☐ Direto TDR

Especificar nome do kit utilizado:

DDMMAAAA
Data do ensaio realizado: ____/____/____

Resultado: ☐ O1 reativo ☐ O139 reativo
☐ O1 e O139 reativo ☐ Não reativo ☐ Inválido

Teste da oxidase

Realizado: ☐ Sim ☐ Não

DDMMAAAA
Data do ensaio realizado: ____/____/____

Resultado: ☐ Positivo ☐ Negativo

Test de séro-agglutination

Realizado: ☐ Sim ☐ Não

DDMMAAAA
Data do ensaio realizado: ____/____/____

Resultados:
Auto-aglutinação em soro fisiológico: ☐ Sim ☐ Não
Identificação do serogrupo:
☐ O1 positivo ☐ O139 positivo ☐ Negativo (O1 e O139)
Identificação do serotipo (para O1):
☐ Inaba positivo ☐ Ogawa positivo

Outros testes realizados (por exemplo, teste de cordas, detecção de fagos, etc.)

Especificar:

DDMMAAAA
Data do ensaio realizado: ____/____/____

Resultados:

Cultura

☐ Sobre TCBS:
Diretamente da amostra: ☐ Sim ☐ Não
Após enriquecimento em APW: ☐ Sim ☐ Não

☐ Em Agar Não Seletivo (NSA):
Diretamente da amostra: ☐ Sim ☐ Não
Após enriquecimento em APW: ☐ Sim ☐ Não

☐ Outros, especificar:

DDMMAAAA
Data do ensaio realizado: ____/____/____

Resultados:
☐ Crescimento em TCBS, especificar cor e aspeto das colônias de crescimento:
.....
☐ Crescimento na NSA

Teste de reação em cadeia da polimerase

Realizado: ☐ Sim ☐ Não

Kit comercial utilizado: ☐ Sim ☐ Não / Nome:
Ou ensaio interno utilizado: ☐ Sim ☐ Não
Em caso afirmativo, queira especificar os genes visados abaixo.

DDMMAAAA
Data do ensaio realizado: ____/____/____

Confirmação da espécie, alvo de *V. cholerae*:
☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Indeterminado
Alvo do sorogrupo O1:
☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Indeterminado
Alvo do sorogrupo O139:
☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Indeterminado
Detecção de toxinas: alvo *ctxA*:
☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Indeterminado
Outros, alvo:
☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Indeterminado

Identificação final do isolado:

Diagnóstico alternativo ou coinfeções:

Patógeno identificado	Método de diagnóstico utilizado (por exemplo. Cultura, PCR...)

Comentários do laboratório de envio:
.....
.....