

GTFCC – Formulário de encaminhamento laboratorial para casos suspeitos de cólera

O profissional de saúde de referência deve preencher este formulário e enviar uma cópia para o laboratório com a amostra (um formulário por amostra enviada).

Por favor, anexe uma cópia do [Formulário de Admissão e Triagem](#).

Para instruções específicas de embalagem e transporte, consulte [Embalagem de amostras e transporte doméstico para confirmação laboratorial de *Vibrio cholerae* O1/O139](#).

Pedido feito por

Nome do estabelecimento de saúde
(ou carimbo ou identificador do estabelecimento de saúde)

DD MM AAAA
Data do pedido: ____ / ____ / ____

Nome do profissional de saúde de referência:

Endereço:

Telefone:Correio eletrônico:

Pedido feito para

☐ Identificação laboratorial da cólera ☐ Testes de suscetibilidade antimicrobiana ☐ Outro, especificar:

Espécime

ID do espécime: Data e hora da recolha: DD MM AAAA Hora Minuto
____ / ____ / ____ ____

Espécime de localização coletado:

Tipo de espécime colhido: ☐ Fezes ☐ Cotonete retal ☐ Outros, especificar:

Sangue observado nas fezes: ☐ Sim ☐ Não

Aparência do espécime: ☐ Formado ☐ Suave ☐ Aquoso ☐ Muco sanguinolento

Condicionamento da amostra de fezes¹: ☐ Fezes no recipiente (sem adição de reagentes) ☐ Em Cary Blair ☐ Em papel de filtro
☐ Em Água de Peptona Alcalina (APW) ☐ Outros, especificar:

DD MM AAAA
Data de envio da amostra para o laboratório de referência: ____ / ____ / ____

Se a data de coleta e a data de envio forem diferentes, como o espécime foi armazenado (meio, temperatura)?

Foi realizado um TDR no mesmo espécime?? ☐ Não ☐ Sim, especificar: ☐ TDR enriquecido ☐ TDR direto

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

Nome do kit TDR utilizado:

¹ A enviar à temperatura ambiente (idealmente 22–25°C). Não refrigerar nem congelar. Manter fora da luz solar.

Doente

Nome: Apelido:

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

Onde é que o doente se sentiu pela primeira vez? Região/Província Distrito Vila

Evolução do paciente no momento da solicitação: ☐ Hospitalizado ☐ Recebeu alta ☐ Faleceu ☐ Desconhecido
☐ Auto-alta
☐ Referido, especificar:

Tratamento antibiótico recebido antes da colheita da amostra*: ☐ Não ☐ Sim

*Quaisquer antibióticos recebidos pelo doente antes da colheita da amostra podem ter um impacto negativo nos resultados laboratoriais.

Especificar qual antibiótico:

Especificar a dose de antibiótico: Especificar a duração do tratamento (dias):
DD MM AAAA

A Vacina Oral contra a Cólera (OCV) recebeu: ☐ Desconhecido ☐ Não ☐ Sim Quando? ____ / ____ / ____
DD MM AAAA

Nome do OCV:

História de viagem relevante:

Sinais e sintomas

- | | |
|--|---|
| ☐ Fezes aquosas dias | ☐ Dificuldade respiratória |
| ☐ Fezes sanguinolentas dias | ☐ Olhos afundados |
| ☐ Vômitos dias | ☐ Incapacidade de beber ou beber mal |
| ☐ Febre dias | ☐ Beliscar a pele muito lentamente (>2 segundos) |
| ☐ Letargia | Outros sintomas: |
| ☐ Perda de consciência | Algum contacto conhecido com alguém com sintomas semelhantes? |
| ☐ Pulso ausente ou fraco | ☐ Não ☐ Sim, especificar: |

A preencher após receção da amostra pelo laboratório recetor

Laboratório destinatário (nome/endereço ou carimbo)

Nome do pessoal do laboratório que realiza a ingestão de amostras:

Data e hora do espécime recebido: ____ / ____ / ____ Hora Minuto
DD MM AAAA

Estado da amostra/embalagem/documentação: ☐ Adequado ☐ Não adequado

Se não for adequado, especificar (por exemplo, fugas, informações em falta, transporte inadequado ou temperatura de conservação):

Ações de acompanhamento: ☐ Obter uma segunda amostra ☐ Informações completas em falta ☐ Outros, especificar: