

GTFCC – Formulário de notificação laboratorial para casos suspeitos de cólera

O laboratório deve preencher este formulário e enviar uma cópia para as autoridades de saúde competentes e clínico solicitante.

O tipo de resultados relatados neste formulário são baseados nos métodos recomendados pelo GTFCC e que correspondem ao conteúdo dos kits de laboratório de cólera da OMS. Podem ser comunicados outros testes e resultados.

Para obter mais informações sobre testes para cólera, consulte GTFCC Job Aids [Teste de Diagnóstico Rápido \(TDR\) para Detecção de Cólera](#), [Isolamento e Identificação Presuntiva de *Vibrio cholerae* O1/O139 de Amostras Fecais](#), [Teste de Suscetibilidade Antimicrobiana para Tratamento e Controlo da Cólera](#).

Relatório feito por

Nome/endereço do laboratório (ou carimbo)

Nome do diretor do laboratório/pessoa de contacto:

Telefone:Correio eletrónico:

Assinatura:

Informação sobre o doente e a amostra

Nome completo do paciente:ID do doente:Sexo : ☐ Masculino

DD MM AAAA

☐ Feminino

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

Data de início da doença: ____/____/____ ID do espécime:
DD MM AAAA

Data em que a amostra foi recolhida: ____/____/____
DD MM AAAA Hora Minuto

Data e hora da receção no laboratório: ____/____/____ ____ ____

Condição da amostra para o ensaio: ☐ Adequado ☐ Não adequado, especificar

Resultados laboratoriais

RDT

Realizado em laboratório: ☐ Não

☐ Sim, especificar: ☐ TDR enriquecido ☐ TDR direto

Nome do kit utilizado:

DD MM AAAA
Data do ensaio realizado: ____/____/____

Resultado: ☐ O1 reativo ☐ O139 reativo

☐ O1 e O139 reativo ☐ Não reativo ☐ Inválido

Teste da oxidase

Realizado: ☐ Sim ☐ Não

DD MM AAAA
Data do ensaio realizado: ____/____/____

Resultado: ☐ Positivo ☐ Negativo

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:

DD MM AAAA
Data do ensaio realizado: ____/____/____

Resultados:

☐ Crescimento em TCBS, especificar cor e aspeto das colônias:

☐ Crescimento na NSA

Teste de seroaglutinação

Realizado: ☐ Sim ☐ Não

DD MM AAAA
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

Teste de reação em cadeia da polimerase

Realizado: ☐ Sim ☐ Não

Utilização de kit comercial: ☐ Não ☐ Sim / Nome:
ou ensaio interno utilizado: ☐ Sim ☐ Não

DD MM AAAA
Data do ensaio realizado: ____/____/____

Confirmação da espécie, *V. cholerae* alvo:
☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Indeterminado

Alvo do Serogrupo O1:
☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Indeterminado

Alvo do Serogrupo O139:
☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Indeterminado

Deteção de toxinas, *ctxA* alvo:
☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Indeterminado

Outros, alvo:
☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Indeterminado

Testes de suscetibilidade antimicrobiana

Realizado: ☐ Sim ☐ Não

Método: ☐ Método de difusão do disco de ágar
☐ Tiras de ensaio de concentração inibitória mínima
☐ Outros, especificar:

DD MM AAAA
Data do ensaio realizado: ____/____/____

Eritromicina (EM): ☐ Não testado ☐ Suscetível
☐ Intermediário ☐ Resistente

Pefloxacina (PFE): ☐ Não testado ☐ Suscetível
☐ Intermediário ☐ Resistente

Tetraciclina (TE): ☐ Não testado ☐ Suscetível
☐ Intermediário ☐ Resistente

Doxiciclina (DOX): ☐ Não testado ☐ Suscetível
☐ Intermediário ☐ Resistente

Azitromicina (AZ): ☐ Não testado ☐ Suscetível
☐ Intermediário ☐ Resistente

Ciprofloxacina (CIP): ☐ Não testado ☐ Suscetível
☐ Intermediário ☐ Resistente

Outros:
☐ Suscetível ☐ Intermédio ☐ Resistente

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

Especificar:

DD MM AAAA
Data do ensaio realizado: ____/____/____

Resultados:

Resumo dos resultados

Vibrio cholerae: ☐ Sim ☐ Não Serogrupo: ☐ O1 ☐ O139 Toxigenicidade: ☐ Positivo ☐ Negativo

Serótipo (se conhecido): Biotipo (se conhecido):

Diagnóstico alternativo ou coinfeções:

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

Observações complementares (incluindo informações relativas à suscetibilidade/resistência aos agentes antimicrobianos ou que aguardam novos resultados):

.....

.....

DD MM AAAA
Data em que os resultados laboratoriais são enviados para a unidade de saúde de referência: ____/____/____

DD MM AAAA
Data de envio dos resultados laboratoriais às autoridades de saúde: ____/____/____