

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 Agravado/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 9 Data de Nascimento	
Dados de Residência	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	
	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	
	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	
Dados de Residência	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 a 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	
Dados de Residência	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) Telefone	
Dados Clínicos	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	
	38 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Assintomático <input type="checkbox"/> Cáimbras <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Dor Abdominal <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> Vômitos	
Dados Clínicos	39 Desidratação 1 - Não <input type="checkbox"/> 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	
Dados Clínicos	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 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	51 Data da Coleta	
	52 Uso de Antibiótico Antes da Coleta de Material 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	53 Caso Afirmativo, Qual?	<input type="checkbox"/>	54 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo	
	55 Caso Positivo 1 - Ogawa 2 - Inaba 3 - Hikojima 4 - Outro Sorotipo 5 - Não Vibrio	<input type="checkbox"/>	56 Caso Negativo, Especificar	<input type="checkbox"/>	
Tratamento	57 Reidratação 1 - Via Oral 2 - Venosa 3 - Oral-Venosa	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	69 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito por cólera 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	<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	Assinatura
	Função	
	Sinan NET	SVS 04/10/2006