

**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 <b>CÓLERA</b>	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)	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - 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		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe
Dados de Residência	17 UF   18 Município de Residência	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)
	24 Geo campo 1	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
	36 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)	
Dados Clínicos	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"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Câimbras <input type="checkbox"/> Dor Abdominal	39 Desidratação <input type="checkbox"/> 1 - Não 2 - Algum Grau 3 - Grave 9- Ignorado
	40 Característica da Diarreia <input type="checkbox"/> 1- Aquosa/ Amarelada 2- Aquosa/ Água de Arroz 3- Pastosa 9- Ignorado	41 Frequência/Dia <input type="checkbox"/> 1 - Até 5 Evacuações 2 - De 6 a 10 Evacuações 3 - De 11 a 20 Evacuações 4 - Acima de 20 Evacuações
42 Presença de Sangue? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		43 Presença de Muco? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

<b>Atendimento</b>	44 Tipo de Atendimento    1 - Hospitalar    2 - Ambulatorial <input type="checkbox"/> 45 Data do Atendimento			46 Data da Internação			47 UF					
	3 - Domiciliar    4 - Nenhum    9 - Ignorado											
<b>Dados do Laboratório</b>	48 Município do Hospital			Código (IBGE)			49 Nome do Hospital			Código		
	50 Material Colhido <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 <input type="checkbox"/> 53 Caso Afirmativo, Qual?						54 Resultado <input type="checkbox"/>					
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado						1 - Positivo 2 - Negativo					
<b>Tratamento</b>	55 Caso Positivo <input type="checkbox"/> 56 Caso Negativo, Especificar											
	57 Reidratação <input type="checkbox"/> 58 Utilizou Antibióticos <input type="checkbox"/> 59 Caso Afirmativo, Qual?											
1 - Via Oral 2 - Venosa 3 - Oral-Venosa			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado									
<b>Conclusão</b>	60 Classificação Final <input type="checkbox"/> 61 Critério de Confirmação/Descarte <input type="checkbox"/>											
	1 - Confirmado    2 - Descartado						1 - Laboratorial    2 - Clínico-Epidemiológico					
	<b>Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 10 dias)</b>											
	62 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/>						63 UF		64 País			
	1-Sim 2-Não 3-Indeterminado											
	65 Município			Código (IBGE)			66 Distrito			67 Bairro		
68 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 69 Evolução do Caso <input type="checkbox"/>												
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			1 - Cura    2 - Óbito por cólera    3 - Óbito por outras causas    9 - Ignorado									
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


<b>Investigador</b>	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde			
	Nome		Função		Assinatura	
	Cólera		Sinan NET		SVS    04/10/2006	