

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	Código (CID10) CÓLERA A 00.9	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante
	13 Raça/Cor	14 Escolaridade	
	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	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência
	27 CEP	28 (DDD) Telefone	29 Zona
	30 País (se residente fora do Brasil)	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)	34 Nome do Contato	
	35 (DDD) Telefone	36 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)	
Antecedentes Epidemiológicos	37 Sugestão de Vínculo com:		38 Sinais e Sintomas
	39 Desidratação		40 Característica da Diarreia
	41 Frequência/Dia		42 Presença de Sangue?
Dados Clínicos	43 Presença de Muco?		

Atendimento	Dados do Laboratório		Tratamento	Conclusão
44 Tipo de Atendimento 1 - Hospitalar 2 - Ambulatorial ☐ 3 - Domiciliar 4 - Nenhum 9 - Ignorado	45 Data do Atendimento 		46 Data da Internação 	
48 Município do Hospital 	Código (IBGE) 	49 Nome do Hospital 	Código 	
50 Material Colhido 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐	Fezes/Swab retal ou fecal ☐ Vômito ☐		51 Data da Coleta 	
52 Uso de Antibiótico Antes da Coleta de Material 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐	53 Caso Afirmativo, Qual? 		54 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo ☐	
55 Caso Positivo 1 - Ogawa 2 - Inaba 3 - Hikojima 4 - Outro Sorotipo 5 - Não Vibrio ☐		56 Caso Negativo, Especificar 		
57 Reidratação 1 - Via Oral 2 - Venosa 3 - Oral-Venosa ☐		58 Utilizou Antibióticos 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐		59 Caso Afirmativo, Qual?
60 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado ☐		61 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico ☐		
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 ☐		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 ☐		
70 Data do Óbito 		71 Data do Encerramento 		

Informações complementares e observações

Data	UF	MUNICÍPIO	País	Meio de Transporte

Tipo de Alimento	Local de Consumo

[illegible]