

**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)   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 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		
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 <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Ambulatorial <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar <input type="checkbox"/> 4 - Nenhum <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		53 Caso Afirmativo, Qual?		54 Resultado <input type="checkbox"/> 1 - Positivo <input type="checkbox"/> 2 - Negativo			
	55 Caso Positivo <input type="checkbox"/> 1 - Ogawa <input type="checkbox"/> 2 - Inaba <input type="checkbox"/> 3 - Hikojima <input type="checkbox"/> 4 - Outro Sorotipo <input type="checkbox"/> 5 - Não Vibrio		56 Caso Negativo, Especificar					
Tratamento	57 Reidratação <input type="checkbox"/> 1 - Via Oral <input type="checkbox"/> 2 - Venosa <input type="checkbox"/> 3 - Oral-Venosa		58 Utilizou Antibióticos <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		59 Caso Afirmativo, Qual?			
Conclusão	60 Classificação Final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado <input type="checkbox"/> 2 - Descartado		61 Critério de Confirmação/Descarte <input type="checkbox"/> 1 - Laboratorial <input type="checkbox"/> 2 - Clínico-Epidemiológico					
	62 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Indeterminado		63 UF		64 País			
	65 Município		Código (IBGE)		66 Distrito		67 Bairro	
	68 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		69 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1 - Cura <input type="checkbox"/> 2 - Óbito por cólera <input type="checkbox"/> 3 - Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> 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


Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome		Assinatura	
	Função			