

LEPTOSPIROSE (DOENÇA DE WEIL – CID-10: A27) INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO

ANO DE NOTIFICAÇÃO

Nº DE ORDEM

Nº DE CASO

1. IDENTIFICAÇÃO DO CASO [M: MASCULINO – F: FEMININO]

Nome _____ Data de nascimento

Sexo M F Morada _____

Código postal - Telefone

Profissão/ocupação _____ Morada do local de trabalho _____

Telefone

Classificação do caso → Suspeito Provável Confirmado ← Nos termos da Circular Normativa nº 3/DSIA de 30/3/1999, da DGS

2. INFORMAÇÃO CLÍNICA [S: SIM – N: NÃO]

Data de início dos sinais/sintomas Internamento N S Data Hospital e

Serviço: _____ Febre ≥ 38,5°C N S → início súbito N S ; bifásica N S

Cefaleias N S Calafrios/arrepios N S Mialgias intensas N S Sufusão conjuntival N S Icterícia N S

Enantema N S local: _____ Exantema N S local: _____

Outros sinais e sintomas: _____

3. INFORMAÇÃO LABORATORIAL

Isolamento da *Leptospira*: Negativo Positivo Data Não efectuado / desconhecido

↳ Líquido orgânico: Líquido cefalo-raquidiano Sangue / soro Urina Outro: _____

↳ Serovar: *icterohaemorrhagiae* *pomona* *hadjo* *canicola* Outro: _____

Serologia (Atc séricos): Negativa (< 200) Positiva (2ª titulação >4x 1ª titulação) Não efectuada / desconhecida

↳ 1ª titulação: _____ Data 2ª titulação: _____ Data

Deteção por imunofluorescência: Não Sim Data Não efectuado / desconhecido

↳ Produto orgânico: Líquido cefalo-raquidiano Sangue / soro Urina Outro: _____

Outros dados laboratoriais: _____

4. INFORMAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA [S: SIM – N: NÃO – ?: DESCONHECIDO]

Caso esporádico ? N S Caso associado a um surto ? N S Se SIM, especificar o local: _____

O doente teve contacto directo com ratos ou com a urina destes roedores no período de três semanas que antecedeu o início dos sinais/sintomas Se SIM, preencher o quadro seguinte.

O doente esteve em contacto com solos húmidos ou água conspurcada com a urina de ratos, porcos, gado ou cães, no período de três semanas que antecedeu o início dos sinais/sintomas Se SIM, preencher o quadro seguinte.

O doente esteve em piscinas, com vestígios da presença de roedores ou Canídeos, nas três semanas que antecederam o início dos sinais/sintomas Se SIM, preencher o quadro seguinte.

Contactos directos (com animais) e **indirectos** (com solo ou água possivelmente conspurcados):

Especificar os contactos	Locais (endereço completo)	Períodos/data

Outros dados epidemiológicos: _____

5. INFORMAÇÃO ADICIONAL [S: SIM – N: NÃO – ?: DESCONHECIDO]

Houve inquérito ambiental Se SIM, quando e onde: _____
 (se possível, juntar cópia do relatório)

Inquérito efectuado por (nome legível) _____

Categoria profissional _____ Local de trabalho _____

Telefone Fax E-mail _____

Data de realização do inquérito Assinatura _____

Classificação dos casos:
Caso suspeito: compatível com a descrição clínica;
Caso provável: compatível com a descrição clínica de caso, e serologia ≥ 200 num ou mais soros;
Caso confirmado: compatível com a descrição clínica e confirmado por laboratório.