

SÍNDROMA RESPIRATÓRIO AGUDO SEVERO (SRA – pneumonia atípica)

INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO

1. IDENTIFICAÇÃO DO CASO

Nome _____ Data de nascimento

Sexo M F Naturalidade _____ Nacionalidade _____

Morada _____

Código postal - Telefone

Profissional de saúde? N S Função _____ Local de trabalho _____

Outra profissão/ocupação _____ Local de trabalho _____

Classificação do caso (ver definição de caso): suspeito provável Data da notificação

2. HOSPITALIZAÇÃO

Data de admissão O doente está internado? N S O doente está em isolamento? N S

Estão a ser cumpridas as medidas de protecção recomendadas: Pelo doente? N S Pelos profissionais de saúde? N S

Nome do hospital _____ Nome do médico assistente _____

3. SITUAÇÃO CLÍNICA

Em recuperação Doença moderada Doença grave Falecido data

Quadro clínico:

Febre >38°C N S Tosse N S Secreções respiratórias N S Dificuldade respiratória N S Hipoxemia N S

Sinais radiológicos de pneumonia ou SDRA N S Teste positivo para o vírus da SRA N S Outros sinais/sintomas: _____

4. LOCAL DE POSSÍVEL EXPOSIÇÃO AO AGENTE DO SRA

(nos 10 dias anteriores ao início dos sintomas)

Área afectada _____ Estadia de a

Outro local: _____ Estadia de a

Se esteve nalguma destas áreas (afectada ou não):

Motivo da viagem/visita: _____

Recorreu aos serviços de saúde locais? N S Data/Período: de a

Nome da instituição: _____ Telefone

Morada: _____

Locais de estadia (hotéis, pensões, casas particulares, etc.):

Nome	Morada	Telefone	Fax	Período de estadia (de "aaaa-mm-dd" a "aaaa-mm-dd")

5. CONTACTOS COM CASOS SUSPEITOS OU PROVÁVEIS DE SRA
(nos 10 dias anteriores ao início dos sintomas)

Desconhece Não Sim Se SIM, o contacto foi em: Portugal País numa área afectada Qual? _____
 _____ Noutro país Qual? _____

Qual a área de possível infecção deste caso? _____

Observações:

Inquérito efectuado por (nome legível) _____

Categoria profissional _____ Local de trabalho _____

Cédula profissional [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Telefone [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Fax [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Data de realização do inquérito [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Assinatura _____