SALMONELOSES
INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO

A01 – **FEBRE TIFÓIDE E PARATIFÓIDE** ☐
A02 – **OUTRAS SALMONELOSES** ☐

ANO DE NOTIFICAÇÃO ____
Nº DE ORDEM ____
Nº DE CASO ____

1. IDENTIFICAÇÃO DO CASO [M: MASCULINO – F: FEMININO – S: SIM – N: NÃO]

Nome _____ Data de nascimento ____ (ano) ____ (mês) ____ (dia)

Sexo [M] [F] Morada _____

Código postal ____-____ _____ Telefone _____

Profissão/ocupação _____ Morada do local de trabalho _____

_____ Telefone _____

Criança [N] [S] Se SIM, frequenta ➔ Ama ☐ Creche/Jardim infantil ☐ Escola/Colégio ☐ Outro: _____

Se o caso for criança:
Morada do local/instituição _____ Telefone _____
Local de trabalho da mãe _____ Telefone _____
Local de trabalho do pai _____ 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 de sinais/sintomas ____ (ano) ____ (mês) ____ (dia) Inicio insidioso [N] [S] Inicio súbito [N] [S] Internamento [N] [S]

✲ **SINAIS E SINTOMAS PREDOMINANTES:**

Febre [N] [S] Febre sustentada "em escada" (aumento gradual), de início insidioso [N] [S] Cefaleias [N] [S] Mal estar [N] [S]

Anorexia [N] [S] Obstipação [N] [S] Diarreia [N] [S] Hemorragia intestinal [N] [S] Náuseas [N] [S] Vómitos [N] [S]

Dor abdominal [N] [S] Desidratação [N] [S] Esplenomegalia [N] [S] Bradicardia relativa [N] [S] Tosse seca [N] [S]

Outros sinais/sintomas (ex.: hipoacusia ligeira, obnubilação, etc.): _____

3. INFORMAÇÃO LABORATORIAL

Isolamento / cultura de *Salmonella*: Negativo ☐ Positivo ☐ Data ____ (ano) ____ (mês) ____ (dia) Não executado ☐

Produto biológico analisado (cultura): Sangue ☐ Fezes ☐ Urina ☐ Medula óssea ☐ Outro: _____

Salmonella isolada (cultura): *Salmonella bongori* ☐ *Salmonella enterica* Typhi ☐ H... *Salmonella enterica* Paratyphi ☐ B...

Salmonella enterica Typhimurium ☐ *Salmonella enterica* Enteritidis ☐ Outra: _____

Outros dados laboratoriais: _____

Nota: o *teste de Widal* (uma titulação) não tem valor diagnóstico nem serve para classificar os casos de febre tifóide e paratifóide

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

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

O doente viajou ou ausentou-se do concelho/distrito de residência no período de três semanas que antecedeu o início dos sinais/sintomas [?] [N] [S] Se SIM, para onde? _____

Frequentou piscinas nas três semanas antes do início dos sinais/sintomas [N] [S] Se SIM, quais? _____

© Fernando Costa Silva *(UOSP-Braga)* – 2005

Contactou com outro(s) doente(s) com febre tifóide ou paratifóide [?] [N] [S] Se SIM, quem (nome, e morada)? _____

_____

Lava as mãos antes de comer [N] [A] [S] Lava as mãos depois de utilizar as instalações sanitárias [N] [A] [S] Tem o hábito de levar objectos à boca [N] [A] [S] Existem muitas moscas em casa ou nas áreas envolventes [N] [A] [S] Tem ou contacta com animais domésticos [N] [S] Se SIM, quais e onde? _____

✻ **SALUBRIDADE DA HABITAÇÃO:** [T: NÚMERO DE ASSOALHADAS]

Tipologia: Moradia ☐ T: Andar ☐ T: Parte de casa ☐ T: Barraca ☐ T: Outra: _____

Abastecimento de água: Rede pública ☐ Poço ☐ Furo ☐ Outra origem ☐ Qual? _____

Eliminação de águas residuais: Rede pública de esgotos ☐ Fossa séptica ☐ Outro sistema ☐ Qual? _____

Eliminação de resíduos sólidos: Recolha municipal ☐ Montureira ☐ Outro sistema ☐ Qual? _____

✻ **SALUBRIDADE ALIMENTAR:**

Local habitual das refeições: Domicilio ☐ Restaurante ☐ Instituição/Escola ☐ Outro ☐ Qual? _____

Manipulação/preparação dos alimentos: Familiar ☐ Empregada doméstica ☐ Outro ☐ Quem? _____

01: Febre tifóide e paratifóide ↑ alimentos ingeridos nas 3 semanas anteriores ao início dos sinais/sintomas

02: Outras salmoneloses ↑ alimentos ingeridos nos 3 dias anteriores ao inicio dos sinais/sintomas

Alimentos ingeridos	01	02	Observações
Leite não fervido ou não pasteurizado	☐	☐	
Queijo fresco	☐	☐	
Gelados	☐	☐	
Ovos	☐	☐	
Natas	☐	☐	
Maionese	☐	☐	
Bivalves (amêijoas, mexilhões, ostras, etc.)	☐	☐	
Carnes cruas ou mal cozinhadas (galinha, vaca, etc.)	☐	☐	
Vegetais crus (não desinfectados)	☐	☐	
Fruta crua (com casca ou não desinfectada)	☐	☐	
Água não da rede pública	☐	☐	
Outros alimentos ingeridos/suspeitos (especificar):			

5. INFORMAÇÃO ADICIONAL

Ex.: nº de pessoas que constituem o agregado familiar…

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: caso compatível com a descrição clínica de caso (vide Circular Normativa nº 3/DSIA, de 1999/3/30, da Direcção Geral da Saúde);
Caso provável: caso compatível com a descrição clínica de caso **e** relacionado epidemiologicamente com um caso confirmado ou com um surto;
Caso confirmado: caso compatível com a descrição clínica de caso **e** confirmado laboratorialmente através do isolamento/cultura do agente etiológico.

© Fernando Costa Silva *(UOSP-Braga)* – 2005