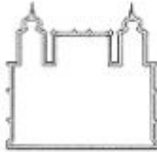


ANEXO C



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Oswaldo Cruz
Laboratório de Referência Nacional em Hidatidose
Laboratório de Helminto: Parasito: de Vertebrados



Laboratório de
Referência Nacional
em Hidatidose
LRNH-LHPV-IOC-Fiocruz

Ficha Epidemiológica para Hidatidose- Fiocruz/RJ

DADOS CADASTRAIS	
Nome: _____	Sexo: _____
Data de Nascimento: ____/____/____	Município onde nasceu: _____ UF: _____
Filiação: Pai: _____	Mãe: _____
Profissão ou atividade principal: _____	
Endereço: _____	
CEP: _____	Município: _____ Estado: _____
DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO CASO	
Possui cães? () sim () não Quantos: _____	
Prática de caça? () sim () não Se sim, quais animais são caçados? _____	
Qual é o destino dado às vísceras ("fatos") da caça: () da crua para os cães () cozinha para os cães () enterra () outro: _____	
Mora área rural ou esteve em área rural por muito tempo? () Sim () Não	
Participa de abates? () sim () não	
Se sim quais animais? () ovinos () caprinos () bovinos () suínos	
Qual é o destino dado às vísceras ("fatos") dos animais abatidos? () da crua para os cães () cozinha para os cães () enterra () outro: _____	
SINAIS E SINTOMAS	
Sintomas: _____	
Diagnóstico clínico: _____	
Diagnóstico por imagem: _____	
Procedimento cirúrgico para hidatidose? () sim () não Tratamento para hidatidose? () sim () não	
Caso de hidatidose na família? () sim () não () não sabe	
Sorologia HIV? () positiva () negativa () sorologia não realizada () não sabe informar	
Tem ou já teve hepatite? () A () B () C () negativa () sorologia não realizada () não sabe informar	
Ocorrência de parasitose Intestinal: () não () sim Quais: _____	
Observações relevantes: _____	
MATERIAL ENVIADO: () Soro () 1ª amostra () controle () coleta do sangue pré-cirúrgica () coleta pós-cirúrgica () não sabe informar () Líquido de punção () líquido hidático () Cisto hidático	
Data da coleta: ____/____/____	
RESPONSÁVEL PELA INVESTIGAÇÃO (pelo preenchimento dessa ficha)	
Nome do requisitante: _____	
Função: _____	Telefone para contato: _____
Município: _____	Registro no Conselho: _____
Data: ____/____/____	Assinatura: _____
CGLAB/FCP	