

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO RÁPIDA MULTI SECTORIAL DAS CALAMIDADES**

Depois de preenchido por favor envie este formulário usando o seguinte endereço electrónico: cenoe_informacao@ingc.gov.mz
ou via fax : 21 477 216 /21 477 279

A - Informações gerais

Provincia	<input type="text"/>	Data de avaliação	<input type="text"/>
Distrito	<input type="text"/>	Instituição	<input type="text"/>
Posto Admin	<input type="text"/>	Nome do inquiridor	<input type="text"/>
Aldeia	<input type="text"/>	Telefone	<input type="text"/>
Pcode	<input type="text"/>	email	<input type="text"/>
Evento	<input type="text"/>	Longitude	<input type="text"/>
	Latitude	Fonte de Informação	<input type="text"/>
	Causa	Telefone	<input type="text"/>

A1 - Características do local

Cidade Vila Centro de reassentamento Centro de transito Nome do local
Bairros de reassentamento

A2 - População

	Numero
Pessoas antes do evento	
Pessoas Afectadas	
Homens	
Mulheres	
Crianças	
Idosos	

Deslocados

	Sim	Não	Não ha info	Numero
Ha deslocados que chegaram ao local após o evento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Qual e a sua origem ?				

A3 - Estado do local

Isolado inundado destruido
Nenhuma das características

B - Educação

Nome do entrevistado _____ Telefone: _____

B1 - Escolas afectadas

	Numero de escolas			
	Não operativas	Parcialmente Operativas	Operativas	Não ha info.
EP 1				<input type="checkbox"/>
EP 2				<input type="checkbox"/>
ES				<input type="checkbox"/>
EPC				<input type="checkbox"/>
A calamidade afectou a presença dos professores	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não ha info. <input type="checkbox"/>	
Observação:	<input type="text"/>			

Crianças que pararam de ir a escola após evento (Estimativa)	
Numero	Não ha Info.
EP1	<input type="checkbox"/>
EP2	<input type="checkbox"/>
ES	<input type="checkbox"/>
EPC	<input type="checkbox"/>

Salas de aulas destruidas após o evento	
Numero	Não ha Info.
EP1	<input type="checkbox"/>
EP2	<input type="checkbox"/>
ES	<input type="checkbox"/>
EPC	<input type="checkbox"/>

Existem crianças nas cheches?			
Sim	Não	Não ha Info	Numero
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Educação	É necessário uma avaliação sectorial	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	É necessário apoio urgente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	A situação sectorial é	Satisfatória <input type="checkbox"/> Preocupante <input type="checkbox"/> Pessima <input type="checkbox"/>	

C - Saúde e Nutrição Nome do entrevistado _____ Telefone: _____

		Feridos		Obitos
		Ligeiros	Graves	
Homens	Numero			
	Não ha info	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mulheres	Numero			
	Não ha info	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C < 5 anos	Numero			
	Não ha info	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observação:				

	Sim	Não	Não ha info.
	Diarreias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarampo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IRA = Infecção Respiratória Aguda
ITS = Infecções de transmissão Sexual

Observação :

	Numero Operativos	Numero Não operativos	Não existe	Não ha info.
	APEs			<input type="checkbox"/>
Centro de Saude			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospital			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maternidade			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sim	Não	Não existe	Quais são?
	Existem Serviços em falta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existem medicamentos em falta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Sim	Não	Não ha info.
	Curativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Primeiros socorros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existem trabalhadores de saude?	Sim	Não	Não ha Info
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parteiras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermeiro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C5 - Numero de obitos nos ultimos 7 dias

	Num	Não ha info
Homens		
Mulheres		
Crianças		

Saúde	Sim	Não
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A situação sectorial é		
Satisfatória	<input type="checkbox"/>	Preocupante <input type="checkbox"/>
		Pessima <input type="checkbox"/>

D - Agua e saneamento Nome do entrevistado _____ Telefone: _____

	Sim	Não	Não ha info.
	Há agua potavel (protegida)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Há recipientes para conservação da água?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Há produtos de purificação de agua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existem bichas longas para o acesso de agua potavel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sim	Não	Não ha info.
	Agua canalizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Furos / poços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nascentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rios / Lagos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>		
Existem pontos de agua estagnada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sim	Não	NÃO ha Info	
	Usa-se latrinas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latrinas sao separadas para homens e mulheres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Existem latrinas suficientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tipo de latrinas utilizadas :				
	Nunca	As vezes	Sempre	
Familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sist. Gato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Campo de defecação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pode-se ver lixo proximo das casas?				
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Nãoha Info <input type="checkbox"/>	
Numero de familias usando sabão				
	Numero			

Agua e saneamento	Sim	Não
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A situação sectorial é		
Satisfatória	<input type="checkbox"/>	Preocupante <input type="checkbox"/>
		Pessima <input type="checkbox"/>

E - Logística				Nome do entrevistado _____				Telefone: _____											
E1 - Acessibilidade				E2 - Combustível				E3 - Comunicação				E4 - Armazem							
O local é acessível via:		Sim	Não	Não ha info.	O sistema de abastecimento de combustível é operacional?		Sim	Não	Não ha info.	Rede telemóvel		Sim	Não	Não ha info.	Existem estruturas de armazenagem?		Sim	Não	Não ha info.
Rodoviária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluvial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de combustível disponível		Gasoleo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rede fixa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Capacidade do armazem		Observação	
Ferrovário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Gasolina		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Internet				
Marítima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A estrada ate a capital distrital esta aberta?		Aéreo				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radio VHF / UHF				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aéreo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Radio HF		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observação :																			

F - Protecção				Nome do entrevistado _____				Telefone: _____											
F1 - Evacuação				F2 - Protecção / Salvamento				F3 - Presença											
Existem pessoas que necessitam evacuação		Sim	Não	Não ha info.	Existem pessoas desaparecidas		Sim	Não	Não ha info.	Existem crianças separadas da família ou não acompanhadas		Sim	Não	Não ha info.					
Existente capacidade de resposta local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Meios					Protecção infantil / Já foram reportados casos de crianças		Mortas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outros grupos vulneráveis		Pessoas com deficiencia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Canoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Feridas		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doentes cronicos					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barcos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Registo de agressão fisica, abuso e violação sexual contra crianças		Outros grupos vulneráveis		Mulheres gravidas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Idosos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helicópteros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Observação :								Outros grupos vulneráveis		Registo de agressão fisica, abuso e violação sexual contra crianças				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>					Observação :		Observação :		Observação :						Observação :		Observação :	
Observação :																			

G - Agricultura / Segurança alimentar Nome do entrevistado _____ Telefone: _____

G1 - Agricultura - Perdas

	Sim	Não	Não ha info.	
Existem culturas perdidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cultura perdido / afectada	< 25%	25% - 50%	>50%	Não ha info.
Culturas basicas alimentares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Culturas de rendimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aquacultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G2 - Pecuária - Perdas

	Sim	Não	Não ha info.	
Existem animais afectados / perdidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gado perdido / afectado	< 25%	25% - 50%	>50%	Não ha info.
Bovino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caprino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suíno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Galináceo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Observação :				

G3 - Reservas alimentares

	Sim	Não	Não ha info.
Existem reservas alimentares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observação :			

Agricultura Seg. alimentar	É necessário uma avaliação sectorial	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	É necessário apoio urgente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	A situação sectorial é	Satisfatória <input type="checkbox"/> Preocupante <input type="checkbox"/> Pessima <input type="checkbox"/>	

H - Abrigo e Infra-estruturas Nome do entrevistado _____ Telefone: _____

H1 - Abrigo

	Numeros	Não ha info.
Familias que ficaram sem abrigos		<input type="checkbox"/>
Pessoas que ficaram sem abrigo (num real)		<input type="checkbox"/>
Familias chefiadas por crianças		<input type="checkbox"/>
Familias chefiadas por Mulheres		<input type="checkbox"/>
Familias chefiadas por Idosos		<input type="checkbox"/>

H2 - Abrigos Temporarios

	Numeros	Não ha Info
Familias alojadas em edificios comunitarios		<input type="checkbox"/>
Familias alojadas em casas de familiares		<input type="checkbox"/>
Familias que construíram os seus próprios abrigos (estao em boas condições) ou receberam tendas		<input type="checkbox"/>
Familias que construíram os seus próprios abrigos mas não oferecem condições para viver		<input type="checkbox"/>
Familias dormindo ao relento		<input type="checkbox"/>
Observação:		

H3 - Abrigos Transitorios / definitivos e talhoes

	Numeros	Não ha Info
Familias que vao precisar de apoio para reconstruir as suas casas		<input type="checkbox"/>
Familias que vao precisar apoio para construir casas transitorias/definitivas		<input type="checkbox"/>
Familias que vao precisar de novos talhoes		<input type="checkbox"/>
Observação:		

Abrigo	É necessário uma avaliação sectorial	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	É necessário apoio urgente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	A situação sectorial é	Satisfatória <input type="checkbox"/> Preocupante <input type="checkbox"/> Pessima <input type="checkbox"/>	

I - Infra-estruturas de transporte afectadas Nome do entrevistado _____ Telefone: _____

I.1 - Infra-estruturas de transporte afectadas

Tipo de infra-estrutura (Pontecas ou pontes, estradas de terra ou asfalto, outros)	Nome especifico da infra-estrutura	N destruido	Parcialmente Destruido	Totalmente destruido
Observação:				

I.2 - Edificios publicos existentes no local

Tipo de edificio (administrativo, cultural, religioso, predio, residencial, outros)	Nome especifico do edificio	N destruido	Parcialmente Destruido	Totalmente destruido
Observação:				

I 3 - Energia				
	Sim	Não	Parcial	Não há Info
A rede electrica esta funcional ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantas horas por dia ?				
Observação:				

Infra - estrutura	E necessário uma avaliação sectorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	É necessário apoio urgente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	A Situação sectorial é					
	Satisfato	<input type="checkbox"/>	Preocupante	<input type="checkbox"/>	Pessima	<input type="checkbox"/>

J- Ajuda Humanitaria Nome do entrevistado _____ Telefone: _____

J 1 - Instituições Parceiras			
	Sim	Não	Não há Inf
Existem Instituições governamentais ou parceiras a trabalharem na area?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quais são essas Instituições?	Nome		Area de actuação