



Ficha de Investigação Leptospirose/Hantavirose

Investigation File – Leptospirosis/Hantaviriosis /

Hoja de investigación – Leptospirosis/Hantavirus/

Fiche d'enquête – La Leptospirose/Hantavirus

IDENTIFICAÇÃO / IDENTIFICATION / IDENTIFICACIÓN / IDENTIFICATION

NOME/NAME/NOMBRE/NOM:

IDADE/AGE/AÑOS/ÂGE: GÊNERO/GENDER/GÉNERO/GENRE:

NATURALIDADE/BIRTH PLACE/
LUGAR DE NACIMIENTO/LIEU DE NAISSANCE:

OCUPAÇÃO/PROFESSION/PROFÉSION/PROFESSION:

ENDEREÇO/ADDRESS IN BRAZIL/
DIRECCIÓN EN BRASIL/ADRESSE AU BRÉSIL:

.....

TELEFONE DE CONTATO/TELEPHONE NUMBER/
NÚMERO DE TELÉFONO/NUMÉRO DE TÉLÉPHONE:

EPIDEMIOLOGIA

1. De que país o (a) senhor (a) vem?

2. Quando chegou ao Brasil ?

3. O (A) senhor (a) passou por outros Países/ Estados /Municípios antes de chegar a Santa Catarina? Se sim, por quais cidades? Quando? E por quanto tempo?

.....

4. O (A) senhor (a) teve contato com águas de enchentes e/ou águas sem saneamento básico, lama contaminada com urina e/ou fezes de roedores antes do início dos sintomas? SIM () NÃO ()

5. O (A) senhor (a) adentrou em rios lagoas, etc. com possível contaminação com saída de esgoto? SIM () NÃO () Quando?.....

6. Trabalhou com reciclagem de lixos ou entulhos? SIM () NÃO () Quando?

7. Trabalhou em local com criação de animais (como cães ou gados em geral)? SIM () NÃO () Quando?

8. Participou de alguma atividade rural a trabalho ou a turismo como pesca ou acampamento? SIM () NÃO () Quando?

9. Ficou hospedado, ou passou noite, ou acampou em galpão ou casa de campo abandonada? SIM () NÃO () Quando?

10. Ajudou a descarregar caminhão com grãos ou alimentos? SIM () NÃO () Quando?

11. Observou roedores vivos ou mortos nos últimos 60 dias? SIM () Quando? E por quanto tempo? Onde? E qual era a atividade exercida no momento do contato?

Estado/Município/Localidade	Data aproximada	Tempo de permanência	Atividade exercida
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

NÃO ()

DADOS CLÍNICOS

1. O (A) senhor (a) tem algum destes sintomas?

febre; tosse seca; dores no corpo; náuseas; diarreia;

dor de cabeça; vômito; dor abdominal; sudorese;

tontura/vertigem; falta de ar; calafrios; dor na panturrilha;

cansaço/fadiga; dor de garganta; falta de apetite;

outros:

2. Quando iniciaram os sintomas e quais foram?

.....

3. Onde o (a) senhor (a) estava quando iniciaram esses sintomas?

.....

4. O (A) senhor (a) é vacinado para febre amarela? SIM () NÃO ()

Possui comprovação da vacinação? SIM () NÃO ()

Qual é a data de realização da vacina? /..... /.....

5. O (A) senhor (a) já teve outros problemas de saúde anteriores a essa internação? Se sim, quais doenças já teve? Quando?

diabetes; doenças reumáticas; hipertensão arterial;

tuberculose; AIDS; hepatite; doença renal;

..... ; ;

6. Outras pessoas da família apresentaram sintomas semelhantes aos seus recentemente?

.....

.....

7. O (A) senhor (a) toma algum tipo de medicamento? Qual (ais)?

.....

.....

EPIDEMIOLOGY

1. Which country do you come from?

2. When did you arrive in Brazil?

3. Have you been to other countries/ states/ cities before arriving in Santa Catarina? If so, which cities? When? And for how long?

.....
.....

4. Did you have contact with flood and/or unsanitary water, mud contaminated with urine and/or rodent feces before the beginning of the symptoms?

YES () NO ()

5. Have you entered rivers, lakes, etc. with possible contamination from sewage?

YES () NO ()

When?.....

6. Have you worked with garbage or garbage recycling? YES () NO ()

When?.....

7. Have you worked in a place with animal husbandry (such as dogs or cattle in general)? YES () NO ()

When?.....

8. Have you participated in any rural work or tourism activity such as fishing or camping? YES () NO ()

When?.....

9. Have you stayed, or stayed overnight, or camped in an abandoned shed or cottage? YES () NO ()

When?.....

10. Did you help unload trucks with grains or food? YES () NO ()
 When?

11. Have you observed rodents alive or dead in the last 60 days?
 YES () When and for how long? Where, and what was the activity at the
 time of contact?

State/City/Location	Approximate date	Time of stay	Activity conducted
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

NO ()

CLINICAL DATA

1. Do you have any of these symptoms?
 fever; dry cough; body aches; nausea; diarrhea;
 cephalaea/headache; vomit; abdominal pain;
 sudorese/sweating; dizziness; lack of air/shortness of breath;
 shivers/chills; calf pain; tiredness/fatigue; sore throat;
 lack of appetite; others:

2. When did the symptoms start and what were they?

3. Where were you when these symptoms started?

4. Are you vaccinated for yellow fever? YES () NO ().

Do you have proof of vaccination? YES () NO ().

What is the vaccination date? /..... /.....

5. Have you had any other health problems before this hospitalization?

If so, what diseases have you had? When?

[] diabetes; [] rheumatic diseases; [] arterial hypertension;

[] tuberculosis; [] AIDS; [] hepatitis; [] renal/kidney disease;

[] ; [] ;

6. Did anyone else in the family have similar symptoms?

.....
.....

7. Do you take any kind of medicine? Which one?

.....
.....

EPIDEMIOLOGÍA

1. ¿De qué país procede?
2. ¿Cuándo llegaste a Brasil?
3. ¿Pasó por otros países/estados/municipios antes de llegar a Santa Catarina?
En caso afirmativo, ¿en qué ciudades? ¿Cuándo? ¿Y por cuánto tiempo?
.....
.....
4. ¿Tuvo contacto con aguas de inundación y/o aguas sin saneamiento básico,
barro contaminado con orina y/o heces de roedores antes del comienzo de los
síntomas? Sí () NO ()
5. ¿Ha entrado en ríos, lagos, etc. con posible contaminación por aguas resi-
duales? Sí () NO ()
¿Cuándo?
6. ¿Ha trabajado en el reciclaje de residuos o basura? Sí () NO ()
¿Cuándo?
7. ¿Ha trabajado en un lugar con cría de animales (como perros o ganado en
general)? Sí () NO ()
¿Cuándo?
8. ¿Ha participado en alguna actividad rural por trabajo o turismo, como la pesca
o la acampada? Sí () NO ()
¿Cuándo?
9. ¿Se ha quedado, o ha pasado la noche, o ha acampado en un cobertizo o casa
de campo abandonada? Sí () NO ()
¿Cuándo?

10. ¿Ayudó a descargar el camión con granos o alimentos? SÍ () NO ()
¿Cuándo?

11. ¿Ha observado roedores vivos o muertos en los últimos 60 días?
SÍ () ¿Cuándo? ¿Y por cuánto tiempo? ¿Dónde y qué actividad se realizaba
en el momento del contacto?

Estado/Municipio/ Localidad	Fecha aproximada	Duración de la estadía	Actividad desarrollada
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

NO ()

DATOS CLÍNICOS

1. ¿Presenta alguno de estos síntomas?
[] fiebre; [] tos seca; [] dolores en el cuerpo; [] náuseas; [] diarrea;
[] dolor de cabeza; [] vómito; [] dolor abdominal; [] transpiración;
[] mareos/vértigo; [] falta de respiración; [] escalofríos;
[] dolor de pantorrilla; [] cansancio/postración; [] dolor de garganta;
[] pérdida del apetito; [] otros:

2. ¿Cuándo empezaron los síntomas y cuáles fueron?
.....

3. ¿Dónde estaba usted cuando empezaron estos síntomas?
.....

4. ¿Está usted vacunado contra la fiebre amarilla? SÍ () NO ()

¿Tiene una prueba de vacunación? SÍ () NO ()

¿Cuál es la fecha de vacunación? /..... /.....

5. ¿Ha tenido algún otro problema de salud antes de esta hospitalización? Si es así, ¿qué enfermedades ha tenido? ¿Cuándo?

[] diabetes; [] enfermedades reumáticas; [] presión sanguínea alta;

[] tuberculosis; [] SIDA; [] hepatitis; [] enfermedad renal;

[] ; [] ;

6. ¿Otras personas de la familia también presentaron síntomas similares a los suyos recientemente?

.....
.....

7. Toma algún tipo de medicación? ¿Cuál?

.....
.....

ÉPIDÉMIOLOGIE

1. De quel pays êtes-vous originaire ?

2. Quand êtes-vous arrivé(e) au Brésil ?.....

3. Êtes-vous passé par d'autres pays/département/villes avant d'arriver à Santa Catarina ? Si oui, quelles villes ? Quand ? Et pour combien de temps a duré le séjour ?

.....
.....

4. Avez-vous été en contact avec des eaux d'inondation et/ou des eaux sans assainissement de base, de la boue contaminée par de l'urine et/ou des excréments de rongeurs avant le début des symptômes ? OUI () NON ()

5. Avez-vous pénétré dans des rivières, des lacs, etc. susceptibles d'être contaminés par des eaux usées ? OUI () NON ().

Quand ?

6. Avez-vous travaillé dans le domaine du recyclage des déchets ou des ordures ? OUI () NON ().

Quand ?

7. Avez-vous travaillé dans un endroit où il y a un élevage d'animaux (comme des chiens ou du bétail en général) ? OUI () NON ()

Quand ?

8. Avez-vous participé à une activité rurale pour le travail ou le tourisme, comme la pêche ou le camping ? OUI () NON ().

Quand ?

9. Avez-vous déjà séjourné, passé la nuit ou campé dans une cabane ou un chalet abandonné ? OUI () NON ()

Quand ?

10. Avez-vous aidé à décharger un camion de céréales ou de nourriture ?

OUI () NON ().

Quand ?

11. Avez-vous observé des rongeurs vivants ou morts au cours des 60 derniers jours ? OUI () Quand ? Et pour combien de temps ?

Où, et quelle était l'activité exercée au moment du contact ?

État/Ville/Localité	Date approximative	Durée du séjour	Activité pratiquée
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

NON ()

DONNÉES CLINIQUES

1. ¿Presenta alguno de estos síntomas?

Avez-vous l'un de ces symptômes ?

[] de la fièvre; [] toux sèche; [] les douleurs corporelles;

[] la nausée ; [] diarrhée; [] mal de tête; [] vomi;

[] douleur abdominale; [] sudation/transpiration;

[] étourdissements/vertige; [] l'essoufflement; [] tremblements;

[] douleur aux mollets; [] fatigue/prostration; [] mal de gorge;

[] perte d'appétit; [] autres:

2. Quand les symptômes ont-ils commencé et quels étaient-ils ?

.....

3. Où étiez-vous lorsque ces symptômes ont commencé ?

.....

4. Êtes-vous vacciné contre la fièvre jaune ? OUI () NON ()

Avez-vous une preuve de vaccination ? OUI () NON ()

Quelle est la date de la vaccination ? /..... /.....

5. Avez-vous eu d'autres problèmes de santé avant cette hospitalisation ?

Si oui, quelles maladies avez-vous eues ? Quand ?

[] diabète; [] maladies rhumatismales; [] hypertension artérielle;

[] tuberculose; [] SIDA; [] hépatite; [] maladie rénale;

[] ; [] ;

6. D'autres membres de la famille ont-ils eu des symptômes similaires à ceux que vous avez ?

.....

.....

7. Prenez-vous des médicaments ? OUI () NON (). Lequel ?

.....

.....