



Ficha de Investigação Dengue/Zika/Chikungunya

Investigation File – Dengue/Zika/Chikungunya

IDENTIFICAÇÃO / IDENTIFICATION

NOME/NAME:

IDADE/AGE: GÊNERO/GENDER:

NATALIDADE/BIRTH PLACE:

OCUPAÇÃO/PROFESSION:

ENDEREÇO/ADDRESS IN BRAZIL:

.....

TELEFONE DE CONTATO/TELEPHONE NUMBER:

EPIDEMIOLOGIA/ EPIDEMIOLOGY

1. De que país o (a) senhor (a) vem?

Which country do you come from?

2. Quando chegou ao Brasil ?

When did you arrive in Brazil?

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?

.....

.....

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

.....

.....

4. O (A) senhor (a) viajou ou se deslocou dentro do próprio município nas duas semanas antes do início dos sintomas?

SIM () Para qual (is) cidade (s) ? Quando? E por quanto tempo?

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

NÃO ()

Did you travel or move around within the city in the two weeks prior to the onset of symptoms?

YES () In which cities? When? For how long?

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

NO ()

DADOS CLÍNICOS/ CLINICAL DATA

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

febre; cefaleia/ dor de cabeça; vômito; dor nas costas;

artrite; petéquias/manchas marron-arroxeadas;

mialgia/dor muscular; náuseas; conjuntivite;

exantema/irritação avermelhada na pele; sangramentos;

manchas na pele; cansaço/prostração;

dor retroorbital/dor atrás dos olhos; falta de ar; tosse;

dor de garganta; falta de apetite;

outros:

Do you have any of these symptoms?

fever; headache; vomit; back pain; arthritis;

petechiae rash/brownish-purple spots; myalgia/muscular pain;

nausea; conjunctivitis; exanthema/ irritation on the skin;

bleeding; skin rash; tiredness/fatigue;

retro orbital pain/ pain behind the eyes;

lack of air/shortness of breath; cough; sore throat;

lack of appetite; others:

2. Quando iniciaram os sintomas e quais foram?

.....
.....

When did the symptoms start and what were they?

.....
.....

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

.....
.....

Where were you living when these symptoms started?

.....
.....

4. O (A) senhor (a) já teve dengue, zika ou chikungunya antes?

SIM () NÃO (). Caso sim, quando?

.....

Have you ever had dengue, zika or chikungunya before?

YES () NO (). If so, when?

.....

5. 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? /..... /.....

Are you vaccinated for yellow fever?

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

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

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

[] diabetes; [] doenças hematológicas/doenças do sangue;

[] hipertensão arterial; [] hepatopatias/doenças no fígado;

[] doença renal; [] doenças autoimunes; [] AIDS;

[] hepatite; [] ; [] ; [] ;

.....

.....

Have you had any other health problems before this hospitalization?

If so, what diseases have you had? When?

[] diabetes; [] hematological diseases/blood diseases;

[] arterial hypertension; [] hepatopathies/liver diseases;

[] renal/kidney disease; [] autoimmune diseases; [] AIDS;

[] hepatitis; [] ; [] ; [] ;

.....

.....

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

.....
.....

Did anyone else in the family have similar symptoms?

.....
.....

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

.....
.....

Do you take any kind of medicine? Which one?

.....
.....

9. A senhora está gestante? SIM () NÃO (). Caso sim, qual é a idade gestacional?

.....
.....

Are you pregnant? YES () NO (). If so, what is the gestational age?

.....
.....

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES/ ADDITIONAL INFORMATION

.....
.....
.....