



Ficha de Investigação Dengue/Zika/Chikungunya

Hoja de investigación – Dengue/Zika/Chikungunya

IDENTIFICAÇÃO / IDENTIFICACIÓN

NOME/NOMBRE:

IDADE/AÑOS: GÊNERO/GÉNER:

NATURALIDADE/LUGAR DE NACIMENTO:

OCUPAÇÃO/PROFÉSION:

ENDEREÇO/DIRECCIÓN EM BRASIL:

.....

TELEFONE DE CONTATO/NÚMERO DE TELÉFONO:

EPIDEMIOLOGIA/ EPIDEMIOLOGÍA

1. De que país o (a) senhor (a) vem?

¿De qué país procede?

2. Quando chegou ao Brasil ?

¿Cuándo llegaste a 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?

.....

**¿Pasó por otros países/estados/municipios antes de llegar a Santa Catarina?
En caso afirmativo, ¿en qué ciudades? ¿Cuándo? ¿Y por cuánto tiempo?**

.....

.....

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 ()

¿Ha viajado o se ha desplazado por el municipio en las dos semanas anteriores a la aparición de los síntomas?

SÍ () ¿Para qué ciudad(es)? ¿Cuándo? ¿Y por cuánto tiempo?

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

NO ()

DADOS CLÍNICOS/ DATOS CLÍNICOS

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:

¿Presenta alguno de estos síntomas?

fiebre; dolor de cabeza; vómito; dolor de espalda;

artritis; petequias/manchas marrón-púrpura;

mialgia/dolor muscular; náuseas; conjuntivitis;

sarpullido/irritación rojiza en la piel; sangrado;

manchas en la piel; cansancio/postración;

dolor retro orbital/dolor detrás de los ojos; falta de respiración;

tos; dolor de garganta; pérdida del apetito;

otros:

2. Quando iniciaram os sintomas e quais foram?

.....
.....

¿Cuándo empezaron los síntomas y cuáles fueron?

.....
.....

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

.....
.....

¿Dónde estaba usted cuando empezaron estos síntomas?

.....
.....

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

SIM () NÃO (). Caso sim, quando?

.....

¿Ha tenido alguna vez dengue, zika o chikungunya?

SÍ () NO (). En caso afirmativo, ¿cuándo?

.....

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? /..... /.....

¿Está usted vacunado contra la fiebre amarilla?

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

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

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; [] ; [] ; [] ;

.....

.....

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

[] diabetes; [] enfermedades hematológicas/enfermedades de la sangre;

[] presión sanguínea alta; [] hepatopatías/enfermedades del hígado;

[] enfermedad renal; [] enfermedades autoinmunes; [] SIDA;

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

.....

.....

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

.....
.....

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

.....
.....

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

.....
.....

¿Toma algún tipo de medicación? ¿Cuál?

.....
.....

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

.....
.....

¿Está usted embarazada? SÍ () NO (). En caso afirmativo, ¿cuál es la edad gestacional?

.....
.....

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES/ INFORMACIÓN ADICIONAL

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