



Ficha de Investigação Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA)

Investigation File - American Tegumentary Leishmaniasis

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) teve contato ou permaneceu em alguma região próxima à área de mata anteriormente ao surgimento da (s) lesão (ões)?

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

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

NÃO ()

Have you had contact or stayed in any region in the proximities of a forest before the lesion (s) arose?

YES () In which cities? When and for how long?

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

NO ()

5. O (A) senhor (a) e sua família possuem residência fixa ou residem temporariamente em região próximo à área de mata? SIM () NÃO ()

Do you and your family have a fixed residence or reside temporarily in the proximities of a forest? YES () NO ()

6. Há rios ou cachoeiras próximos ao local de residência e/ou trabalho?

SIM () NÃO ()

Are there rivers or waterfalls near the residence and/or work place?

YES () NO ()

7. Há presença de bananeiras no local? SIM () NÃO ()

Outras plantações:

Are there banana trees on the site? YES () NO ()

Other plantations:

8. Há animais domésticos ou silvestres? SIM () NÃO ()

Qual (is) ?

Are there any domestic or wild animals near your residence? YES () NO ()

Which animals?

9. Há algum animal doente ou com feridas?

SIM () NÃO () NÃO SABE () Qual (is) ?.....

Are there any sick or injured animals?

YES () NO () DON'T KNOW () Which one?

DADOS CLÍNICOS/ CLINICAL DATA

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

aparecimento da lesão; trauma seguido de lesão;

dor; prurido.

What is the patient's main complaint?

appearance of the lesion; trauma followed by injury;

pain; pruritus/itching.

2. Como surgiu a lesão?

.....

How did the lesion begin?

.....

3. Quanto tempo de evolução desde o início do surgimento da (s) lesão (ões)?

.....

How long has it been evolving since the appearance of the lesion or lesions?

.....

4. Tratamentos para essa doença recebidos até o momento?

.....

Did you receive any treatment for this disease so far?

.....

5. Já foi diagnosticado com LTA anteriormente? SIM () NÃO ()

Local e data do tratamento anterior:

Have you been diagnosed with ATL before? YES () NO ()

Place and date of previous treatment:

6. 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;
- ; ;
-

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;
- ; ;
-

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

.....

Did anyone else in the family have similar symptoms?

.....

.....

8. Toma algum tipo de medicamento? Qual (ais)?

.....

.....

Do you take any kind of medicine? Which one?

.....

.....

9. Histórico social:

Uso de bebidas alcoólicas?:SIM () NÃO ()

Tipo de uso: Frequente () Esporádico () Raro ()

Uso de drogas? SIM () NÃO ()

Qual (is)? Cigarro () Maconha () Cocaína inalatória ()

Drogas injetáveis () Outras ()

Social history:

Use of alcoholic beverages? YES () NO ()

Type of use: Frequent () Sporadic () Rare ()

Drug use? YES () NO ()

Which one? Cigarette () Marijuana () Inhaled cocaine ()

Injectable drugs () Others ()