|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Ficha de Investigação – Oropouche**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

**NOME : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IDADE : \_\_\_\_\_\_\_\_ SEXO : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NATURALIDADE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ENDEREÇO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**BAIRRO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**LATITUDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LONGITUDE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TELEFONE (s) DE CONTATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OCUPAÇÃO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ENDEREÇO DO LOCAL DA OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**BAIRRO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**LATITUDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LONGITUDE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS:

1. O (A) senhor (a) **viajou/deslocou** para dentro do próprio município de residência nos 15 dias anteriores ao inicio dos sintomas **OU** para outro município do estado de Santa Catarina **OU** para outro estado do Brasil?

SIM ( ) Para qual (is) cidade (s) ? Quando? Por quanto tempo permaneceu? Qual atividade exerceu?

NÃO ( )

Dados dos deslocamentos em ordem cronológica:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Município/Localidade/UF | Data aproximada | Tempo de permanência (em dias) | Atividade exercida |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ |  |  |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ |  |  |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ |  |  |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ |  |  |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ |  |  |

1. O (A) senhor (a) sabe o que é um maruim/meruim (porvinha) ? SIM ( ) NÃO ( )
2. Há mosquitos e maruins em sua casa ? SIM ( ) NÃO ( )
3. Há mosquitos e maruins próximos à sua casa ? SIM ( ) NÃO ( )
4. Há mosquitos e maruins próximos ou no seu local de ocupação? SIM ( ) NÃO ( )
5. O (A) senhor (a) tem animais dentro de sua residência ou na área externa ?

SIM ( ) Quantos ? \_\_\_\_\_\_\_ Quais espécies? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NÃO ( )

1. Há presença de rio, igarapé, represa ou outra fonte de água na sua residência ou nas proximidades ? SIM ( ) NÃO ( )
2. Há presença de mata nas proximidades da residência ? SIM ( ) NÃO ( )
3. Já visualizou a presença de animais silvestres (gambá, tatu, bicho-preguiça, macacos, tamanduá, aves silvestres) na sua residência ou proximidades ?

SIM ( ) Onde e quais ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NÃO ( )

1. Há presença de lavoura/horta/roça na residência, nas proximidades ou no local de ocupação ? SIM ( ) Em qual local? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O que é cultivado ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NÃO ( )

DADOS CLÍNICOS

1. O (A) senhor (a) tem ou teve nas últimas duas semanas algum destes sintomas?

[ ] febre - aferida ( ) relatada

[ ] dor de cabeça;

[ ] dor atrás dos olhos;

[ ] dor nas costas;

[ ] dor nas articulações;

[ ] dor no corpo/dor muscular;

[ ] cansaço/prostração;

[ ] náuseas;

[ ] vômito;

[ ] dor abdominal;

[ ]manchas na pele;

[ ] coceira no corpo;

[ ] sangramentos;

[ ] petéquias (= pontinhos vermelhos ou roxos na pele ou no céu da boca);

[ ] equimoses (= manchas roxas ou acastanhadas na pele);

[ ] conjuntivite;

[ ] dor de garganta;

[ ] tosse;

[ ] falta de ar;

[ ] falta de apetite;

[ ] diminuição da (quantidade de) urina;

[ ] outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Data do inicio dos sintomas relatados: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
2. Onde o (a) senhor (a) estava quando iniciaram esses sintomas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Procurou atendimento?

SIM ( ) Onde e quando? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NÃO ( )

1. O (A) senhor (a) já teve dengue, zika ou chikungunya antes? SIM ( ) NÃO ( ). Caso sim, quando? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teve diagnóstico? SIM ( ) NÃO ( )

Ficou internado? SIM ( ) NÃO ( ) Caso sim, onde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. O (a) senhor (a) já teve COVID antes? SIM ( ) NÃO ( ).

Caso sim, quando? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teve diagnóstico? SIM ( ) NÃO ( )

Ficou internado? SIM ( ) NÃO ( ) Caso sim, onde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. O (A) senhor (a) é vacinado para febre amarela? SIM ( ) NÃO ( ). Possui comprovação da vacinação? SIM ( ) Qual é a data de realização da vacina? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ NÃO ( )
2. O (A) senhor (a) é vacinado para COVID? SIM ( ) NÃO ( )
3. O (A) senhor (a) tem ou já teve outros problemas de saúde anteriores? Se sim, quais?

[ ] diabetes;

[ ] doenças hematológicas/doenças do sangue;

[ ] hipertensão arterial;

[ ] hepatopatias/doenças no fígado;

[ ] doença renal;

[ ] doenças autoimunes;

[ ] AIDS;

[ ] hepatite; Tipo [ ] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; [ ] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; [ ] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Outras: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Outras pessoas da família apresentaram sintomas semelhantes aos seus recentemente? Caso sim, quem seriam?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. O (A) senhor (a) toma algum tipo de medicamento? Caso sim, qual (ais)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. É gestante? SIM ( ) NÃO ( ). Caso sim, qual é a idade gestacional? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Sabe se algum vizinho apresentou febre, dor no corpo, enjoo e dor de cabeça nas duas últimas semanas? SIM ( ) NÃO ( )

Outras informações relevantes a investigação:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsável pela investigação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_