



# Ficha de Investigação Dengue/Zika/Chikungunya

Fiche d'enquête – Dengue/Zika/Chikungunya

## IDENTIFICAÇÃO / IDENTIFICATION

NOME/NOM: .....

IDADE/ÂGE: ..... GÊNERO/GENRE: .....

NATALIDADE/LIEU DE NAISSANCE: .....

OCUPAÇÃO/PROFESSION: .....

ENDEREÇO/ADRESSE AU BRÉSIL: .....

.....

TELEFONE DE CONTATO/NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : .....

## EPIDEMIOLOGIA/ ÉPIDÉMIOLOGIE

1. De que país o (a) senhor (a) vem? .....

**De quel pays êtes-vous originaire ?** .....

2. Quando chegou ao Brasil ? .....

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

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?

.....

.....

**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. 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 ( )

**Avez-vous voyagé ou vous êtes-vous déplacé dans la ville au cours des deux semaines précédant l'apparition des symptômes ?**

**OUI ( ) Pour quelle(s) ville(s) Quand ? Et quelle a été la durée du séjour ?**

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

**NON ( )**

## DADOS CLÍNICOS/ DONNÉES CLINIQUES

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: .....

**Avez-vous l'un de ces symptômes ?**

de la fièvre;  mal de tête;  vomis;  douleur au dos;

l'arthrite;  pétéchie/taches marron-violet;

myalgie/douleur musculaire;  nausées;  conjonctivite;

exanthème/irritation rougeâtre sur la peau;  saignement;

taches sur la peau;  fatigue/prostration;

douleur rétro-orbitaire/douleur derrière les yeux;  l'essoufflement;

toux;  mal de gorge;  perte d'appétit;

autres: .....

2. Quando iniciaram os sintomas e quais foram?

.....  
.....

**Quand les symptômes ont-ils commencé et quels étaient-ils ?**

.....  
.....

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

.....  
.....

**Où étiez-vous lorsque ces symptômes ont commencé ?**

.....  
.....

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

SIM ( ) NÃO ( ). Caso sim, quando? .....

.....

**Avez-vous déjà eu la dengue, le zika ou le chikungunya ?**

**OUI ( ) NON ( ). Si oui, quand ? .....**

.....

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

**Êtes-vous vacciné contre la fièvre jaune ?**

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

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

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; [ ] ..... ; [ ] ..... ; [ ] ..... ;

.....

.....

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

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

[ ] diabète; [ ] maladies hématologiques/maladies du sang;

[ ] hypertension artérielle; [ ] les hépatopathies/maladies du foie;

[ ] maladie rénale; [ ] les maladies auto-immunes; [ ] SIDA;

[ ] hépatite; [ ] ..... ; [ ] ..... ; [ ] ..... ;

.....

.....

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

.....  
.....

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

.....  
.....

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

.....  
.....

**Prenez-vous des médicaments ? Lequel ?**

.....  
.....

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

.....  
.....

**Êtes-vous enceinte ? OUI ( ) NON ( ). Si oui, quel est l'âge gestationnel ?**

.....  
.....

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES/ INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES**

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