



# Ficha de Investigação Doença de Chagas

Hoja de investigación – Enfermedad de Chagas

## 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 e/ou pernitoou em alguma cidade ou região próximo à área de mata nos últimos 30 dias?

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

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

NÃO ( )

¿Ha viajado y/o se ha alojado en alguna ciudad o región cercana al bosque durante los últimos 30 días?

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

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

NO ( )

5. O (A) senhor (a) ingeriu algum alimento cru ou suco não pasteurizado, de origem silvestre? .....

.....

¿Ha ingerido alimentos crudos o zumos no pasteurizados de origen silvestre?

.....

.....

6. O (A) senhor (a) lembra-se de ter sido picado por algum inseto antes de adoecer?  
SIM ( ) Que tipo de inseto o picou?..... NÃO ( )

**¿Recuerda haber sido picado por un insecto antes de enfermar?**

**SÍ ( ) ¿Qué tipo de insecto le ha picado?..... NO ( )**

7. O (A) senhor (a) já recebeu transfusão de sangue?

Em caso afirmativo, quando foi? .....

.....

**¿Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre?**

**En caso afirmativo, ¿cuándo fue? .....**

.....

## **DADOS CLÍNICOS/ DATOS CLÍNICOS**

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

[ ] febre; [ ] calafrios; [ ] cefaleia/ dor de cabeça; [ ] sudorese;

[ ] diarreia; [ ] vômito; [ ] dor abdominal; [ ] cansaço/desânimo;

[ ] tontura; [ ] falta de ar; [ ] falta de apetite; [ ] inchaço

**¿Presenta alguno de estos síntomas?**

[ ] fiebre; [ ] escalofríos; [ ] dolor de cabeza; [ ] transpiración;

[ ] diarrea; [ ] vómito; [ ] dolor abdominal; [ ] cansancio/postración;

[ ] mareos; [ ] falta de respiración; [ ] pérdida del apetito;

[ ] hinchazón; [ ] falta de respiración; [ ] pérdida del apetito;

[ ] hinchazón

2. Quando e como iniciaram os sintomas? .....

.....

.....

**¿Cuándo y cómo empezaron los síntomas?**

.....

.....

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

.....

.....

**¿Dónde estaba usted cuando comenzaron estos síntomas?**

.....

.....

4. O (A) senhor (a) já teve outros problemas de saúde anteriores a essa inter-  
nação? Se sim, quais doenças já teve? Quando?

diabetes;  doenças reumáticas;  hipertensão arterial;  
 tuberculose;  AIDS;  hepatite;  doença renal;  
 ..... ;  ..... ; .....

.....

**¿Ha tenido algún otro problema de salud antes de esta hospitalización?**

**En caso afirmativo, ¿qué enfermedades ha padecido? ¿Y cuándo?**

diabetes;  enfermedades reumáticas;  presión sanguínea alta;  
 tuberculosis;  SIDA;  hepatitis;  enfermedad renal;  
 ..... ;  ..... ; .....

.....

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

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

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

**¿Toma algún tipo de medicación? ¿Cuál? .....**