



Ficha de Investigação Doença de Chagas

Investigation File – Chagas Disease

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? And for how long?

.....

.....

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 ()

Have you traveled and/or stayed in any city or region in the proximities of a forest for the last 30 days?

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) ingeriu algum alimento cru ou suco não pasteurizado, de origem silvestre?

.....

Have you ingested any raw food or unpasteurized juice of wild origin?

.....

.....

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 ()

Do you remember being bitten by an insect before you became ill?

YES (). What kind of insect bit you?..... NO ()

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

Em caso afirmativo, quando foi?

.....

Have you received a blood transfusion? If so, when?

.....

.....

DADOS CLÍNICOS/ CLINICAL DATA

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

Do you have any of these symptoms?

[] fever; [] shivers/chills; [] cephalgia/headache;

[] sudorese/sweating; [] diarrhea; [] vomit; [] abdominal pain;

[] tiredness/fatigue; [] dizziness; [] lack of air/shortness of breath;

[] lack of appetite; [] swelling

2. Quando e como iniciaram os sintomas?

.....

.....

When and how did the symptoms start?

.....

.....

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

.....

.....

Where were you when these symptoms started?

.....

.....

4. 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 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;

[] ; [] ;

.....

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

.....

Did anyone else in the family have similar symptoms?

.....

.....

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

.....

.....

Do you take any kind of medicine? Which one?

.....

.....