



Ficha de Investigação Doença de Chagas

Investigation File – Chagas Disease/

Hoja de investigación – Enfermedad de Chagas/

Fiche d'enquête – La maladie de Chagas

IDENTIFICAÇÃO / IDENTIFICATION / IDENTIFICACIÓN / IDENTIFICATION

NOME/NAME/NOMBRE/NOM:

IDADE/AGE/AÑOS/ÂGE: GÊNERO/GENDER/GÉNERO/GENRE:

NATURALIDADE/BIRTH PLACE/
LUGAR DE NACIMIENTO/LIEU DE NAISSANCE:

OCUPAÇÃO/PROFESSION/PROFÉSION/PROFESSION:

ENDEREÇO/ADDRESS IN BRAZIL/
DIRECCIÓN EN BRASIL/ADRESSE AU BRÉSIL:

.....

TELEFONE DE CONTATO/TELEPHONE NUMBER/
NÚMERO DE TELÉFONO/NUMÉRO DE TÉLÉPHONE:

EPIDEMIOLOGIA

1. De que país o (a) senhor (a) vem?

2. Quando chegou ao 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?

.....

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 ()

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

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

Em caso afirmativo, quando foi?

.....

DADOS 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

2. Quando e como iniciaram os sintomas?

.....

.....

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

.....

.....

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;

[] ; [] ;

.....

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

.....

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

.....

.....

EPIDEMIOLOGY

1. Which country do you come from?

2. When did you arrive in Brazil?

3. Have you been to other countries/ states/ cities before arriving in Santa Catarina? If so, which cities? When? And for how long?

.....

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

.....

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

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

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

.....

CLINICAL DATA

1. 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. When and how did the symptoms start?

.....
.....

3. Where were you when these symptoms started?

.....
.....

4. 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. Did anyone else in the family have similar symptoms?

.....
.....

6. Do you take any kind of medicine? Which one?

.....
.....

EPIDEMIOLOGÍA

1. ¿De qué país procede?

2. ¿Cuándo llegaste a Brasil?

3. ¿Pasó por otros países/estados/municipios antes de llegar a Santa Catarina? En caso afirmativo, ¿en qué ciudades? ¿Cuándo? ¿Y por cuánto tiempo?

.....
.....

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

.....
.....

6. ¿Recuerda haber sido picado por un insecto antes de enfermarse?

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

7. ¿Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre?

En caso afirmativo, ¿cuándo fue?

.....

DATOS CLÍNICOS

1. ¿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. ¿Cuándo y cómo empezaron los síntomas?

.....
.....

3. ¿Dónde estaba usted cuando comenzaron estos síntomas?

.....
.....

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

.....

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

.....

.....

ÉPIDÉMIOLOGIE

1. De quel pays êtes-vous originaire ?

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

3. 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. Avez-vous voyagé et/ou passé une nuit dans une ville ou une région proche de la zone boisée au cours des 30 derniers jours ?

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 ()

5. Avez-vous ingéré des aliments crus ou des jus non pasteurisés d'origine sauvage ?

.....
.....

6. Vous souvenez-vous d'avoir été piqué par un insecte avant de tomber malade ?

OUI () Quel genre d'insecte vous a piqué ?..... NON ()

7. Avez-vous déjà reçu une transfusion sanguine ? Si oui, quand était-ce ?

.....
.....

DONNÉES CLINIQUES

1. Avez-vous l'un de ces symptômes ?

- [] de la fièvre; [] tremblements; [] mal de tête;
[] sudation/transpiration; [] diarrhée; [] vomis;
[] douleur abdominale; [] fatigue/prostration; [] vertige;
[] l'essoufflement; [] perte d'appétit; [] gonflement

2. Quand et comment les symptômes ont-ils commencé ?

.....
.....

3. Où étiez-vous lorsque ces symptômes ont commencé ?

.....
.....

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

Si oui, quelles maladies avez-vous eues ? Et quand ?

- [] diabète; [] maladies rhumatismales; [] hypertension artérielle;
[] tuberculose; [] SIDA; [] hépatite; [] maladie rénale;
[] ; [] ;
.....

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

.....

6. Prenez-vous des médicaments ? Lequel ?

.....
.....