



Ficha de Investigação Esquistossomose

Investigation File – Schistosomiasis/

Hoja de investigación – Esquistosomiasis/

Fiche d'enquête – Schistosomiase

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/PROFESIÓN/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? E qual atividade exerceu nestes locais?

.....

.....

4. O (A) senhor (a) se lembra de ter entrado em contato com algum rio, lagoa, córrego recentemente ou nos últimos 10 anos?

SIM () Onde ? Quando e por quanto tempo?

Estado/Município/Bairro	Data aproximada	Tempo de permanência no rio/lago/lagoa/córrego/poço	Finalidade do contato com água
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

Saberia dizer se alguma (s) desta (s) característica (s) estava (m) presente no (s) local (is) (na água ou próxima a ela)?

- presença de caramujos ;
- presença ou despejo de esgoto sanitário ;
- água parada com aspecto turvo ;
- presença de vegetação semelhante a capim nas bordas da água ;
- residências ou fazendas próximas ;
- presença de fezes in natura.

NÃO ()

DADOS CLÍNICOS

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

- coceira no corpo após ter entrado em contato com a água;
- febre; calafrios; cefaleia/ dor de cabeça; sudorese;
- diarreia; vômito; dor abdominal; cansaço;
- tontura; falta de apetite; barriga inchada (distensão abdominal).

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. Toma algum remédio de uso contínuo? Caso sim, quais?

.....

.....

6. Outras pessoas da família apresentaram sintomas semelhantes aos seus?

.....

.....

7. Essas pessoas chegaram a entrar em contato com os mesmos locais cita-
dos anteriormente? SIM () NÃO ()

8. Possui exames de imagem? SIM () NÃO ()
Quais?

.....

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? And what activity have you performed in these places?

.....
.....

4. Do you remember having been in contact with any river, lake, creek recently or in the last 10 years?

YES () Where? When and for how long?

State/City/Location	Approximate date	Time of stay in the river/ lake/lagoon/creek/pit	Purpose of water contact
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

Could you tell if any of this characteristic(s) was (are) present in (or near) the water?

[] presence of snails;

[] presence or disposal of sewage;

[] still water with cloudy appearance;

[] presence of vegetation similar to grass on the edges of the water;

[] residences or farms nearby;

[] presence of feces in natura (fresh feces).

NO ()

CLINICAL DATA

1. Do you have any of these symptoms?

- itching in the body after contact with water; fever;
 shivers/chills; cephalaea/headache; sudorese/sweating;
 diarrhea; vomit; abdominal pain; tiredness/fatigue;
 dizziness; lack of appetite; swollen belly (abdominal distension).

2. When did the symptoms start and what were they?

.....
.....

3. Where were you living when these symptoms started?

.....
.....

4. Have you had any 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. Do you take any kind of medicine? Which one?

.....
.....

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

.....
.....

7. Have these people come into contact with the same places mentioned above? YES () NO ()

8. Do you have imaging exams? YES () NO ()

Which ones?

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? ¿Y qué actividad ha realizado en estos lugares?

.....

4. ¿Recuerda haber entrado en contacto con un río, una laguna o arroyo recientemente o en los últimos 10 años?

SÍ () ¿Dónde? ¿Cuándo y durante cuánto tiempo?

Estado/Municipio/ Localidad	Fecha aproximada	Tiempo en el río/lago/ laguna/arroyo/pozo	Finalidad del contacto con el agua
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

Podría decir si alguna de estas características estaba o está presente en el agua o cerca de ella?

- [] presencia de caracoles;
- [] presencia o vertido de aguas residuales;
- [] agua turbia sin movimiento;
- [] presencia de vegetación herbácea en la orilla del agua;
- [] casas o granjas cercanas;
- [] presencia de heces frescas.

NO ()

DATOS CLÍNICOS

1. ¿Presenta alguno de estos síntomas?

- picor en el cuerpo después de entrar en contacto con el agua;
 fiebre; escalofríos; dolor de cabeza; transpiración;
 diarrea; vómito; dolor abdominal; cansancio; mareos;
 pérdida del apetito; vientre hinchado

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? ¿Cuándo?

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

.....

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

.....
.....

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

.....
.....

7. ¿Estas personas han estado en contacto con los mismos lugares mencionados anteriormente? SÍ () NO ()

8. ¿Tiene exámenes de imagen? SÍ () NO ()

¿Cuáles?

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 ? Et quelle activité avez-vous exercée dans ces lieux ?

.....
.....

4. Vous souvenez-vous d'avoir été en contact avec une rivière, un étang, un ruisseau récemment ou au cours des dix dernières années ?

OUI () OÙ ? Quand et pour combien de temps ?

Estado/Município/ Bairro	Data aproximada	Tempo de permanência no rio/lago/lagoa/ córrego/poço	Finalidade do contato com água
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

Pouvez-vous dire si une ou plusieurs de ces caractéristiques étaient présentes dans l'eau ou à proximité ?

[] la présence d'escargots ;

[] la présence ou le rejet d'eaux usées;

[] eau plate d'aspect turbide ;

[] présence d'une végétation ressemblant à de l'herbe au bord de l'eau;

[] des maisons ou des fermes à proximité;

[] la présence de matières fécales fraîches.

NON ()

DONNÉES CLINIQUES

1. Avez-vous l'un de ces symptômes ?

- des démangeaisons dans le corps après un contact avec l'eau;
- de la fièvre; tremblements; mal de tête;
- sudation/transpiration; diarrhée; vomi;
- douleur abdominale; fatigue; vertige; perte d'appétit;
- ventre gonflé (distension abdominale).

2. Quand les symptômes ont-ils commencé et quels étaient-ils ?

.....
.....

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 ? Quand ?

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

5. Prenez-vous des médicaments ? Lequel ?

.....
.....

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

.....
.....

7. Ces personnes ont-elles été en contact avec les mêmes endroits que ceux mentionnés ci-dessus ? OUI () NON ()

8. Avez-vous des tests d'imagerie ? OUI () NON ()

Which ones?