



Ficha de Investigação Malária/ Febre Amarela

Investigation File – Malaria/ Yellow Fever /

Hoja de investigación – Malaria/ Fiebre amarilla /

Fiche d'enquête – Paludisme/ Fièvre jaune

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) teve contato ou permaneceu em alguma região próxima à área de mata nos últimos 30 dias?

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

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

NÃO ()

5. O (A) senhor (a) e sua família possuem residência fixa ou residem temporariamente em região próximo à área de mata? SIM () NÃO ()

6. Caso sim, há presença de macacos na região? SIM () NÃO ()

7. Já teve malária antes? SIM () Quantas vezes ?.....

Quando foi o último episódio?.....

Saberia informar qual foi o tratamento prescrito?.....

NÃO ()

DADOS CLÍNICOS

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

- febre; calafrios; dor de cabeça; dores no corpo;
 sudorese; diarreia; vômito; dor abdominal;
 mudança da cor ou da quantidade de urina;
 diminuição da quantidade de urina; sangramentos;
 manchas na pele; coloração amarela da pele e/ou olhos;
 cansaço/prostração; tontura; falta de ar; tosse;
 dor de garganta; falta de apetite; outros:
.....

2. Quando iniciaram os sintomas e quais foram?

.....
.....

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

.....
.....

4. (A) senhor (a) é vacinado para febre amarela? SIM () NÃO ().
Possui comprovação da vacinação? SIM () NÃO ().

5. 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;
 ; ;

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

.....

7. Toma algum tipo de medicamento? SIM () NÃO (). 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? For how long

.....

4. Have you had contact or stayed in any region in the proximities of a forest for the last 30 days?

YES () In which cities? When? For how long?

State/City/Location	Approximate date	Time of stay	Activity conducted
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

NO ()

5. Do you and your family have a fixed residence or reside temporarily in the proximities of a forest? YES () NO ()

6. If so, are there monkeys in the region? YES () NO ()

7. Have you ever had malaria before? YES () How many times?
 When?

Do you know what the prescribed treatment was?

NO ()

CLINICAL DATA

1. Do you have any of these symptoms?

- fever; shivers/chills; headache; body aches;
 sudorese/sweating; diarrhea; vomit; abdominal pain;
 change of color or amount of urine; decreased amount of urine;
 bleeding; skin rash; yellow coloration of the skin and/or eyes;
 tiredness/fatigue; dizziness; lack of air/shortness of breath;
 cough; sore throat; lack of appetite; others:

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

.....
.....

3. Where were you living when these symptoms started?

.....
.....

4. Are you vaccinated for yellow fever? YES () NO ().

Do you have proof of vaccination? YES () NO ().

5. 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;
 ; ;

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

.....

7. Do you take any kind of medicine? YES () NO (). 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 tenido contacto o ha permanecido en alguna 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. ¿Tienen usted y su familia una residencia fija o residencia temporalmente en una región cercana al bosque? SÍ () NO ()

6. Si es así, ¿hay monos en la región? SÍ () NO ()

7. ¿Ha tenido malaria antes? SÍ () ¿Cuántas veces?

¿Cuándo?

¿Sabe cuál fue el tratamiento prescrito?

NO ()

DATOS CLÍNICOS

1. ¿Presenta alguno de estos síntomas?

- [] fiebre; [] escalofríos; [] dolor de cabeza; [] dolores en el cuerpo;
[] transpiración; [] diarrea; [] vómito; [] dolor abdominal;
[] cambio en el color o la cantidad de orina;
[] disminución de la cantidad de orina; [] sangrado;
[] erupción cutánea; [] coloración amarilla de la piel y/o de los ojos;
[] cansancio/postración; [] mareos; [] falta de respiración; [] tos;
[] dolor de garganta; [] pérdida del apetito; [] otros:
.....

2. ¿Cuándo empezaron los síntomas y cuáles fueron?

.....
.....

3. ¿Dónde estaba usted cuando empezaron estos síntomas?

.....
.....

4. ¿Está usted vacunado contra la fiebre amarilla? SÍ () NO ().
¿Tiene una prueba de vacunación? SÍ () NO ().

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

Si es así, ¿qué enfermedades ha tenido? ¿Cuándo?

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

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

.....

7. ¿Toma algún tipo de medicación? SÍ () NO (). ¿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 eu des contacts ou êtes-vous resté dans une 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 et votre famille une résidence fixe ou résidez-vous temporairement dans une région boisée ? OUI () NON ()

6. Si oui, y a-t-il des singes dans la région ? OUI () NON ()

7. Avez-vous déjà eu le paludisme ? OUI () Combien de fois ?.....

Quand?

Savez-vous quel était le traitement prescrit ?

NON ()

DONNÉES CLINIQUES

1. Avez-vous l'un de ces symptômes ?

- de la fièvre; tremblements; mal de tête;
 les douleurs corporelles; sudation/transpiration; diarrhée;
 vomi; douleur abdominale;
 changement de couleur ou de quantité d'urine;
 diminution de la quantité d'urine; saignement;
 taches sur la peau; coloration jaune de la peau et/ou des yeux;
 fatigue/prostration; vertige; l'essoufflement; toux;
 mal de gorge; perte d'appétit; autres:

.....

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

.....
.....

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

.....
.....

4. Êtes-vous vacciné contre la fièvre jaune ? OUI () NON ().

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

5. 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;
 ; ;

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

.....

7. Prenez-vous des médicaments ? OUI () NON (). Lequel ?

.....