



Ficha de Investigação Malária/ Febre Amarela

Investigation File – Malaria/ Yellow Fever

IDENTIFICAÇÃO / IDENTIFICATION

NOME/NAME:

IDADE/AGE: GÊNERO/GENDER:

NATURALIDADE/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? For how long?

.....

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 ()

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

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

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

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

7. Já teve malária antes? SIM () Quantas vezes?.....
Quando foi o último episódio?.....
Saberia informar qual foi o tratamento prescrito?.....
NÃO ()

Have you ever had malaria before? YES () How many times?
When?
Do you know what the prescribed treatment was?
NO ()

DADOS CLÍNICOS/ CLINICAL DATA

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:
-

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. Quando iniciaram os sintomas e quais foram?

.....
.....

When did the symptoms start and what were they?

.....
.....

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

.....
.....

Where were you living when these symptoms started?

.....
.....

4. (A) senhor (a) é vacinado para febre amarela? SIM () NÃO ().

Possui comprovação da vacinação? SIM () NÃO ().

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

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

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

Did anyone else in the family have similar symptoms?

7. Toma algum tipo de medicamento? SIM () NÃO (). Qual (ais)?

Do you take any kind of medicine? YES () NO (). Which one?