



# Ficha de Investigação Dengue/Zika/Chikungunya

Investigation File – Dengue/Zika/Chikungunya/

Hoja de investigación – Dengue/Zika/Chikungunya /

Fiche d'enquête – Dengue/Zika/Chikungunya

## 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 ou se deslocou dentro do próprio município nas duas semanas antes do início dos sintomas?

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

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

NÃO ( )

## DADOS CLÍNICOS

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

[ ] febre; [ ] cefaleia/ dor de cabeça; [ ] vômito; [ ] dor nas costas;

[ ] artrite; [ ] petéquias/manchas marron-arroxeadas;

[ ] mialgia/dor muscular; [ ] náuseas; [ ] conjuntivite;

[ ] exantema/irritação avermelhada na pele; [ ] sangramentos;

[ ] manchas na pele; [ ] cansaço/prostração;

[ ] dor retroorbital/dor atrás dos olhos; [ ] 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. O (A) senhor (a) já teve dengue, zika ou chikungunya antes?

SIM ( ) NÃO ( ). Caso sim, quando? .....

.....

5. O (A) senhor (a) é vacinado para febre amarela?

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

Qual é a data de realização da vacina? ..... /..... /.....

6. O (A) senhor (a) já teve outros problemas de saúde anteriores a essa internação? Se sim, quais doenças já teve ou tem? Quando?

[ ] diabetes; [ ] doenças hematológicas/doenças do sangue;

[ ] hipertensão arterial; [ ] hepatopatias/doenças no fígado;

[ ] doença renal; [ ] doenças autoimunes; [ ] AIDS;

[ ] hepatite; [ ] ..... ; [ ] ..... ; [ ] ..... ;

.....

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

.....

8. O (A) senhor (a) toma algum tipo de medicamento? Qual (ais)?

.....

9. A senhora está gestante? SIM ( ) NÃO ( ). Caso sim, qual é a idade gestacional?

.....

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

.....

.....

.....

## 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. Did you travel or move around within the city in the two weeks prior to the onset of symptoms? YES ( ) In which cities? When? For how long?

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

NO ( )

## CLINICAL DATA

1. Do you have any of these symptoms?

[ ] fever; [ ] headache; [ ] vomit; [ ] back pain; [ ] arthritis;

[ ] petechiae rash/brownish-purple spots; [ ] myalgia/muscular pain;

[ ] nausea; [ ] conjunctivitis; [ ] exanthema/ irritation on the skin;

[ ] bleeding; [ ] skin rash; [ ] tiredness/fatigue;

[ ] retro orbital pain/ pain behind the eyes;

[ ] 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. Have you ever had dengue, zika or chikungunya before?

YES ( ) NO ( ). If so, when? .....

.....

5. Are you vaccinated for yellow fever?

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

What is the vaccination date?..... /..... /.....

6. Have you had any other health problems before this hospitalization?

If so, what diseases have you had? When?

[ ] diabetes; [ ] hematological diseases/blood diseases;

[ ] arterial hypertension; [ ] hepatopathies/liver diseases;

[ ] renal/kidney disease; [ ] autoimmune diseases; [ ] AIDS;

[ ] hepatitis; [ ] ..... ; [ ] ..... ; [ ] ..... ;

.....

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

.....

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

.....

9. Are you pregnant? YES ( ) NO ( ). If so, what is the gestational age?

.....

**ADDITIONAL INFORMATION**

.....  
.....  
.....

## 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 o se ha desplazado por el municipio en las dos semanas anteriores a la aparición de los síntomas?

SÍ ( ) ¿Para qué ciudad(es)? ¿Cuándo? ¿Y por cuánto tiempo?

Estado/Municipio/ Localidad	Fecha aproximada	Duración de la estadía	Actividad desarrollada
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

NO ( )

## DATOS CLÍNICOS

1. ¿Presenta alguno de estos síntomas?

[ ] fiebre; [ ] dolor de cabeza; [ ] vómito; [ ] dolor de espalda; [ ] artritis;

[ ] petequias/manchas marrón-púrpura; [ ] mialgia/dolor muscular;

[ ] náuseas; [ ] conjuntivitis; [ ] sarpullido/irritación rojiza en la piel;

[ ] sangrado; [ ] manchas en la piel; [ ] cansancio/postración;

[ ] dolor retro orbital/dolor detrás de los ojos; [ ] 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. ¿Ha tenido alguna vez dengue, zika o chikungunya?

SÍ ( ) NO ( ). En caso afirmativo, ¿cuándo? .....

.....

5. ¿Está usted vacunado contra la fiebre amarilla?

SÍ ( ) NO ( ). ¿Tiene una prueba de vacunación? SÍ ( ) NO ( )

¿Cuál es la fecha de vacunación? ..... /..... /.....

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

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

[ ] diabetes; [ ] enfermedades hematológicas/enfermedades de la sangre;

[ ] presión sanguínea alta; [ ] hepatopatías/enfermedades del hígado;

[ ] enfermedad renal; [ ] enfermedades autoinmunes; [ ] SIDA;

[ ] hepatitis; [ ] ..... ; [ ] ..... ; [ ] ..... ;

.....

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

.....

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

.....

9. ¿Está usted embarazada? SÍ ( ) NO ( ).

En caso afirmativo, ¿cuál es la edad gestacional?

.....

## INFORMACIÓN ADICIONAL

.....

.....

## 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 ou vous êtes-vous déplacé dans la ville au cours des deux semaines précédant l'apparition des symptômes ?

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 (  )

## DONNÉES CLINIQUES

1. Avez-vous l'un de ces symptômes ?

[  ] de la fièvre; [  ] mal de tête; [  ] vomis; [  ] douleur au dos; [  ] l'arthrite;

[  ] pétéchies/taches marron-violet; [  ] myalgie/douleur musculaire;

[  ] nausées; [  ] conjonctivite; [  ] exanthème/irritation rougeâtre sur la peau;

[  ] saignement; [  ] taches sur la peau; [  ] fatigue/prostration;

[  ] douleur rétro-orbitaire/douleur derrière les yeux; [  ] 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. Avez-vous déjà eu la dengue, le zika ou le chikungunya ?

OUI ( ) NON ( ). Si oui, quand ? .....

.....

5. Êtes-vous vacciné contre la fièvre jaune ?

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

Quelle est la date de la vaccination ? ..... /..... /.....

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

Si oui, quelles maladies avez-vous eues ? Quand ?

[ ] diabète; [ ] maladies hématologiques/maladies du sang;

[ ] hypertension artérielle; [ ] les hépatopathies/maladies du foie;

[ ] maladie rénale; [ ] les maladies auto-immunes; [ ] SIDA;

[ ] hépatite; [ ] ..... ; [ ] ..... ; [ ] ..... ;

.....

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

.....

8. Prenez-vous des médicaments ? Lequel ?

.....

9. Êtes-vous enceinte ? OUI ( ) NON ( ). Si oui, quel est l'âge gestationnel ?

.....

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

.....  
.....  
.....