

Case-Control Study Questionnaire for the Investigation of Guillain-Barré Syndrome in Relation to Arboviral Infections

O tempo estimado para a coleta dessas informações do público é em média 15 minutos por questionário, incluindo o tempo para revisar as instruções, buscar fontes de dados existentes, coletar e manter os dados necessários, completar e revisar o questionário. Uma agência não poderá realizar ou financiar, e uma pessoa não é obrigada a responder, a coleta de informações a menos que um número de controle OMB atualmente válido seja apresentado. Envie comentários sobre esta estimativa ou qualquer outro aspecto da coleta de informações, incluindo sugestões para reduzir esta carga para CDC / ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74 Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1011)

c. Em caso afirmativo, que sintomas você teve (marque todas as opções que se apliquem)?

- Febre Calafrios Náusea ou vômito Diarreia
 Dores musculares Dores nas articulações Erupções da pele Vermelhidão anormal dos olhos
 Dor-de-cabeça Dor por trás dos olhos Torcicolo Confusão
 Dor abdominal Tosse Corrimento nasal Dor de garganta Dor na panturrilha

d. Em caso afirmativo, você consultou um médico ou foi ao hospital para tratar desse problema?

- Sim Não Não sei

Qual médico? _____ Qual hospital? _____

e. Em caso afirmativo, foi feita coleta de sangue para exames? Sim Não Não sei

10. a. Nos 2 meses anteriores a ____/____/____ (Data de início dos sintomas neurológicos do caso), alguém da sua RESIDÊNCIA teve alguma doença? Sim Não Não sei

b. Em caso afirmativo, quando foi que o primeiro morador da residência ficou doente? ____/____/____

c. Em caso afirmativo, que sintomas o(s) morador(es) da residência teve(tiveram) (marque todas as opções que se apliquem)?

- Febre Calafrios Náusea ou vômito Diarreia
 Dores musculares Dores nas articulações Erupções da pele Vermelhidão anormal dos olhos
 Dor-de-cabeça Dor por trás dos olhos Torcicolo Confusão
 Dor abdominal Tosse Corrimento nasal Dor de garganta Dor na panturrilha

11. a. Você recebeu alguma vacina em 2015? Sim Não Não sei

b. Em caso afirmativo, qual foi a vacina, a data, e fonte? _____ ____/____/____

- Informação verificada no cartão de vacina Informação verbal

c. Em caso afirmativo, qual foi a vacina e a data, e fonte? _____ ____/____/____

/ _____ Informação verificada no cartão de vacina Informação verbal

12. Em 2015, que animais de estimação, animais de fazenda ou outros animais viviam em sua casa ou em seu imóvel (marque todas as opções que se apliquem)?

- Cachorros Gatos Ratos/camundongos Pássaros domésticos
 Lagartos/tartarugas domésticas Cabras Ovelhas Vacas Galinhas
 Porcos Outros _____

13. Em 2015, com que frequência você usou água da torneira para beber?

- Quase sempre (>75%) Com frequência (25-75%) Raramente (<25%) Nunca (0%)

14. Em 2015, com que frequência você usou água de um rio/córrego/lagoa para beber?

- Quase sempre (>75%) Com frequência (25-75%) Raramente (<25%) Nunca (0%)

15. Em 2015, com que frequência você andou descalço?

Quase sempre (>75%) Com frequência (25-75%) Raramente (<25%) Nunca (0%)

16. Em 2015, você nadou ou andou em um rio, córrego ou lagoa de água doce?

Diariamente Semanalmente Mensalmente Raramente (<uma vez por mês) Nunca

17. Em 2015, você se lembra de ter sido mordido por mosquito? Sim Não Não sei

18. Em 2015, você manipulou algum animal morto? Sim Não Não sei Qual? _____

19. Em 2015, você comeu ou bebeu algum dos seguintes alimentos pelo menos uma vez por semana (marque todas as opções que se apliquem)?

Carne bovina Cordeiro Frango Peixe Marisco

Leite Queijo Iogurte Salada fresca / verduras não cozidas