

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)

Nº Identif. Estudo BR- ____ - ____ - ____

 Caso Controle

O número de identificação começa com 2 dígitos (por exemplo, BR01), seguido de um "A" para o paciente-caso, um "B" para o primeiro controle, um "C" para o segundo controle e um "D" para o terceiro controle. Por exemplo, o segundo sujeito controle pareado ao número de caso 8 seria identificado como "BR-08-C."

Entrevistador: _____

Data da entrevista: ____/____/____

DD MM AAAA

Data de início dos sintomas neurológicos do caso

____/____/____

DD MM AAAA

As seguintes perguntas devem ser feitas acerca dos casos e controles durante a entrevista:

1. Endereço atual: _____ / _____ / _____ / _____
(Rua) (Cidade) (Estado) (Bairro)

2. Endereço quando manifestou primeiros sintomas neurológicos:

_____/_____/_____/_____

(para os casos somente caso seja diferente dos dados acima; onde os casos passaram mais noites nos 2 meses anteriores ao início dos sintomas neurológicos)

3. Coordenadas de GPS (Início para os casos; atual para os controles): _____. _____ S, _____. _____ E

4. Sexo: Masc. Fem.

5. Raça: Branco Hispânico Indígena Negro/Afrodescendente Outro: _____

6. Idade em que o caso apresentou sintomas neurológicos pela primeira vez (ou equivalente para os controles):
_____ Anos

7. Qual é a sua ocupação? _____

8. Você já recebeu de um médico clínico a informação de que você tem algum dos seguintes problemas de saúde?

 Diabetes Hipertensão Doença cardíaca Colesterol elevado AVC Doença renal Doença hepática Doença reumatológica Asma DPOC Câncer Cirurgia (nos 2 meses anteriores ao início dos sintomas) Outra doença neurológica: _____

Toma alguma medicação ou tem qualquer doença que possa afetar sua capacidade de combater infecções (por exemplo, prednisona)

9. a. Nos 2 meses anteriores a ____/____/____ (Data de início dos sintomas neurológicos do caso), VOCÊ teve alguma doença?

 Sim Não Não sei

b. Em caso afirmativo, quando você começou a se sentir doente? _____

____/____/____

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