

## **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