

## Questionário para os familiares

### 1. Identificação e início de sintomas

Nome do caso.....

Nome do entrevistado:..... Tel contato.....

Grau de parentesco:.....

Data de início de sintomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 2. Serviços de saúde procurados durante a doença

Data	Local	Foi atendido?	Prescrição médica	Hidratação no local (recebeu líquido?)	Recebeu orientação de hidratação (ingesta de líquido)	Recebeu orientação sobre sinais de alarme*	Recebeu cartão da dengue
		( ) sim ( ) não ( ) lgn	( ) sim ( ) não Se sim, qual? . .....	( ) oral ( ) venosa ( ) não realizado ( ) lgn	( ) sim ( ) não ( ) lgn	( ) sim ( ) não ( ) lgn	( ) sim ( ) não ( ) lgn
		( ) sim ( ) não ( ) lgn	( ) sim ( ) não Se sim, qual? . .....	( ) oral ( ) venosa ( ) não realizado ( ) lgn	( ) sim ( ) não ( ) lgn	( ) sim ( ) não ( ) lgn	( ) sim ( ) não ( ) lgn
		( ) sim ( ) não ( ) lgn	( ) sim ( ) não Se sim, qual? . .....	( ) oral ( ) venosa ( ) não realizado ( ) lgn	( ) sim ( ) não ( ) lgn	( ) sim ( ) não ( ) lgn	( ) sim ( ) não ( ) lgn
		( ) sim ( ) não ( ) lgn	( ) sim ( ) não Se sim, qual? . .....	( ) oral ( ) venosa ( ) não realizado ( ) lgn	( ) sim ( ) não ( ) lgn	( ) sim ( ) não ( ) lgn	( ) sim ( ) não ( ) lgn

\*ver lista de sinais de alarme; perguntar se o médico falou sobre sinais de agravamento da doença que indicasse a volta imediata ao serviço de saúde

**3. Fez de medicação por conta própria?** ( ) sim ( ) não ( ) ign

Se sim qual? ( ) paracetamol ( ) dipirona ( ) AAS ( ) anti-inflamatório não hormonal ( ) outras, quais? \_\_\_\_\_

#### **4. Sinais e sintomas**

Dor abdominal- ( ) sim ( ) não ( ) Ignorado

Vômitos persistente ( ) sim ( ) não ( ) Ignorado

Tontura ( ) sim ( ) não ( ) Ignorado

Hemorragias-sangramentos ( ) sim ( ) não ( ) Ignorado

Agitação ( ) sim ( ) não ( ) Ignorado

Desconforto respiratório ( ) sim ( ) não ( ) Ignorado

#### **5. Patologias prévias**

Cardiopatia- doenças do coração- ( ) sim ( ) não ( ) não registrado

Asma ( ) sim ( ) não ( ) não registrado

Epilepsia ( ) sim ( ) não ( ) não registrado

Diabetes melito ( ) sim ( ) não ( ) não registrado

D. hematológica ( ) sim ( ) não ( ) não registrado

Doença renal ( ) sim ( ) não ( ) não registrado

Hipertensão arterial ( ) sim ( ) não ( ) não registrado

Outras \_\_\_\_\_

Obs: usar nomes conhecidos pela comunidade local para essas doenças

**6. Teve dificuldade de ser internado?** ( ) sim ( ) não, se sim qual?