

**FORMAÇÃO DE UMA COORTE PROSPECTIVA PARA O ESTUDO DO DENGUE EM UMA POPULAÇÃO INFANTIL****Questionário da Gestante – Investigação de Arboviroses**

Nome :		Número do Prontuário :	
1. Nº Registro na pesquisa <input type="text"/>		2. Local de Recrutamento 1. Clínica da Família Vitor Valla_ <input type="checkbox"/> 2. Clínica da Família CSGSF <input type="checkbox"/> 3. Outro : _____	
3. Data do Recrutamento ____/____/____		4. Data provável do parto ____/____/____	
CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E SOCIOECONÔMICA			
5. Quantos anos você completou no seu último aniversário? _____ anos <input type="text"/>		6. Qual a data do seu nascimento? ____/____/____	
Endereço: Logradouro: _____ Nº _____ Comunidade: _____ Há quanto tempo mora nesta comunidade? _____ Telefone 1: _____ ObsTel 1 _____ Telefone 2: _____ ObsTel 2 _____ Telefone 3: _____ ObsTel 3 _____			
7. Já teve Dengue? 1. Não <input type="checkbox"/> 2. Sim <input type="checkbox"/> 1986 <input type="checkbox"/> 1991-1992 <input type="checkbox"/> 2001-2002 <input type="checkbox"/> 2007-2008 <input type="checkbox"/> 2010-2011 <input type="checkbox"/> 2011-2012 <input type="checkbox"/> 2012-2013 <input type="checkbox"/> 2013-2015 <input type="checkbox"/> Não se lembra <input type="checkbox"/> 3. Não sabe informar <input type="checkbox"/>		8. Apresentou episódio de febre durante a gestação? 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> Período : ____/____ a ____/____ 9. Apresentou exantema durante a gestação? 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> Período : ____/____ a ____/____	
10. História de viagem durante a gestação? 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> Local : _____ Período : ____/____ a ____/____ 11. Apresentou episódio de artralgia durante a gestação? 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> Período : ____/____ a ____/____		12. Qual a data (dia/ mês/ ano) da última menstruação? ____/____/____ 13. Idade gestacional: 0 _____ semanas	
14. Alguma vez tomou vacina para febre amarela? 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe informar <input type="checkbox"/>		15. Qual a sua cor/raça? 1. Parda 2. Negra 3. Branca 4. Indígena 5. Oriental (amararela) 6. Ignorado <input type="checkbox"/>	
16. Qual a sua situação conjugal? 1. Solteira <input type="checkbox"/> 2. União estável (mora junto) <input type="checkbox"/> 3. Casada no civil <input type="checkbox"/> 4. Separada/ Divorciada <input type="checkbox"/> 5. Viúva <input type="checkbox"/> 6. Ignorado <input type="checkbox"/>		17. Qual foi o curso mais elevado que você concluiu? 1. Alfabetização <input type="checkbox"/> 2. 1ª a 4ª série do 1º grau <input type="checkbox"/> 3. 5 a 8ª série do 1º grau <input type="checkbox"/> 4. Ensino Médio <input type="checkbox"/> 5. Supletivo ensino fundamental <input type="checkbox"/> 6. Superior <input type="checkbox"/> 7. Não alfabetizado <input type="checkbox"/>	
18. Número de anos de estudo: <input type="text"/>		19. MOTIVO da presença da gestante ao Centro de saúde: _____ _____	
20. Já teve Zika ? 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe informar <input type="checkbox"/> Quando: _____			