



## FORMAÇÃO DE UMA COORTE PROSPECTIVA PARA O ESTUDO DO DENGUE EM UMA POPULAÇÃO INFANTIL

### Questionário da Criança

1. Nº Registro na pesquisa <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Avaliação: 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	Número do Prontuário: _____
<b>Dados de Identificação</b>		
Nome da Criança:	Data de Nasc.: __/__/__	Idade na consulta: <input type="text"/> Anos
Nome da Mãe:		
O telefone é o mesmo? 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> Novos tels: 1) _____ 2) _____ 3) _____		
O endereço é o mesmo? 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>	Novo endereço: Comunidade: _____	
<b>Interrogatório Sintomatológico</b>		
Data __/__/__		
Hipoatividade	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe informar <input type="checkbox"/>
Febre (no dia da consulta)	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe informar <input type="checkbox"/>
Vômitos	1. Sim <input type="checkbox"/> Nº de episódios/24horas <input type="text"/>	2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe informar <input type="checkbox"/>
Sonolência	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe informar <input type="checkbox"/>
Diarréia	1. Sim <input type="checkbox"/> Nº de evacuações/dia <input type="text"/>	2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe informar <input type="checkbox"/>
Recusa alimentar	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe informar <input type="checkbox"/>
Exantema	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe informar <input type="checkbox"/>
Fezes com sangue	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe informar <input type="checkbox"/>
Choro fácil / irritação	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe informar <input type="checkbox"/>
Tosse	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe informar <input type="checkbox"/>
Coriza	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe informar <input type="checkbox"/>
Sangramento	1. Sim <input type="checkbox"/> Localizar: _____	2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe informar <input type="checkbox"/>
Cansaço / Dispnéia	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe informar <input type="checkbox"/>
Outros:	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/> Descrever: _____
Uso de Medicamento:	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/> Qual: _____
1) Alguma vez teve febre desde que nasceu ou desde a última avaliação? 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Pós-vacina <input type="checkbox"/> 3. Não <input type="checkbox"/> <b>Se respondeu "Não", pule para a questão 4</b>		
2) Quanto tempo durou a febre? <input type="text"/> Dias <input type="text"/> Horas <input type="checkbox"/> Não se aplica		
3) Teve febre pela última vez há quanto tempo? <input type="text"/> Meses <input type="text"/> Dias <input type="text"/> Horas		
4) Desde a última avaliação, alguém teve Dengue em casa? 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe informar <input type="checkbox"/>		

Temperatura (°C)		FC: _____ bpm	FR: _____ irm
Peso (em g):		Comprimento (cm)	
PA (mm Hg) 3. NA <input type="checkbox"/>			
Tempo de Preenchimento Capilar	1. Normal (< 2 segundos) <input type="checkbox"/>	2. Anormal (≥ 2 segundos) <input type="checkbox"/>	
Estado Geral	1. Bom <input type="checkbox"/>	2. Regular <input type="checkbox"/>	3. Grave <input type="checkbox"/>
Palidez cutâneo-mucosa +++/4	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	
Hidratação	1. Hidratado <input type="checkbox"/>	2. Hipohidratado <input type="checkbox"/>	3. Desidratado <input type="checkbox"/>
Prova do Laço	1. Positiva <input type="checkbox"/>	2. Negativa <input type="checkbox"/>	3. Não realizada <input type="checkbox"/>
Estado de consciência	1. Normal <input type="checkbox"/>	2. Sonolência/irritação <input type="checkbox"/>	3. Torpor <input type="checkbox"/>
Alterações da Pele	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	Descrever: _____
Petéquias	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	Localizar: _____
Edema	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	Localizar: _____
Exantema	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	
Tipo de Exantema	1. Macular <input type="checkbox"/> 2. Maculopular <input type="checkbox"/> 3. Papulovesicular <input type="checkbox"/> 4. Morbiliforme <input type="checkbox"/> 5. Urticariforme <input type="checkbox"/>		
Icterícia	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	
Gânglios linfáticos	1. Normal <input type="checkbox"/>	2. Hipertrofia <input type="checkbox"/>	Descrever: _____
Nariz (coriza/obstrução)	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	
<b>Garganta</b>			
Petéquias no palato	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	
Úlceras	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	
Placas	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	
Otoscopia/sinais de OMA	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	3. Não realizada <input type="checkbox"/>
<b>Aparelho Respiratório</b>			
Inspeção			
Tiragem	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	
BAN	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	
Gemência	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	
Ausculta	1. Normal <input type="checkbox"/>	2. Alterada <input type="checkbox"/>	Descrever: _____
<b>Aparelho Cardiovascular</b>			
RCR 2T 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>	Sopro sistólico 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>	Arritmia 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>	
BNF 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>	sopro diastólico 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>		
<b>Aparelho Digestivo</b>			
Inspeção de Abdomen	1. Normal <input type="checkbox"/>	2. Alterada <input type="checkbox"/>	Descrever: _____
Hepatomegalia	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	
Esplenomegalia	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	
<b>Sistema Nervoso</b>			
Alterações do SN	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	Descrever: _____
Rigidez de nuca	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	