

## Plataforma clínica global - COVID-19

### NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19) - VERSÃO RÁPIDA

#### MODELO DO PRESENTE FORMULÁRIO DE REGISTO DE CASO (FRC)

Este FRC é composto por 3 módulos:

**Módulo 1** a preencher no primeiro dia de admissão no centro de saúde.

**Módulo 2** a preencher no primeiro dia de admissão na UCI ou outra unidade de alta dependência. O Módulo 2 também deve ser preenchido diariamente, durante o período de tempo permitido pelos recursos disponíveis. Continuar o acompanhamento dos doentes transferidos entre enfermarias.

**Módulo 3** a preencher no momento da alta ou em caso de óbito.

#### ORIENTAÇÕES GERAIS

- O FRC foi concebido para recolher dados obtidos através da observação, entrevista e análise das notas hospitalares. Os dados podem ser recolhidos de forma retrospectiva, se o doente for inscrito após a data de internamento.
- Os Números de Identificação dos Participantes são compostos por um código do centro e por um número do participante.  
Poderá obter um código do centro e proceder ao registo no sistema de gestão de dados, contactando através do endereço de e-mail [ncov@isaric.org](mailto:ncov@isaric.org). Os números dos participantes deverão ser atribuídos de forma sequencial, sendo que cada centro começa por 00001. Na eventualidade de um único centro recrutar participantes de diferentes enfermarias, ou se for difícil atribuir números sequenciais, poderá atribuir números em blocos ou incorporar caracteres alfabéticos. Por exemplo, a Enfermaria X irá atribuir números de 00001 ou A0001 sucessivamente, e a Enfermaria Y irá atribuir números de 50001 ou B0001 sucessivamente. Insira o Número de Identificação do Participante no cimo de todas as páginas.
- Os dados são inseridos na base de dados eletrónica central REDCap na página <https://ncov.medsci.ox.ac.uk> ou na base de dados independente do seu centro/rede. Podem ser utilizados FRC impressos em papel e os dados podem ser posteriormente inseridos na base de dados eletrónica.
- Preencha todas as secções. As perguntas com a indicação «Se "Sim",...» devem ser deixadas em branco se não forem aplicáveis (ou seja, quando a resposta não for "sim").
- As opções com caixas quadradas () são respostas de opção única (escolha apenas uma resposta).
- As opções com caixas circulares () são respostas de escolha múltipla (escolha todas as opções aplicáveis).
- Assinale a opção "Desconhecido" sempre que os dados não estiverem disponíveis ou forem desconhecidos.
- Evite registar dados fora das áreas fornecidas.
- Se utilizar FRC impressos, recomendamos a anotação clara, a tinta, em LETRAS MAIÚSCULAS.
- Coloque um (X) nas caixas para assinalar a resposta. Para fazer correções, risque (-----) os dados que deseja eliminar e escreva os dados corretos por cima. Assine e coloque a data em todas as correções efetuadas.
- Mantenha juntas todas as folhas relativas a um participante, por exemplo, utilizando um clipe ou a pasta exclusiva do participante.
- Transfira todos os dados do FRC impresso para a base de dados eletrónica. Todos os FRC impressos podem ser armazenados pela instituição responsável pelos mesmos. Todos os dados devem ser transferidos para a base de dados eletrónica segura.
- Introduza os dados no sistema eletrónico de recolha de dados na página <https://ncov.medsci.ox.ac.uk>. Se o seu centro preferir recolher os dados de forma independente, poderemos ajudar no estabelecimento de bases de dados alojadas localmente.
- Contacte-nos através do [ncov@isaric.org](mailto:ncov@isaric.org). Se desejar a nossa ajuda com as bases de dados, se quiser fazer um comentário ou pretender informar-nos de que está a utilizar o formulário.

FORMULÁRIO DE REGISTO DE CASO - COVID-19 Versão rápida 24MAR2020

Adaptado de SPRINT SARI CRF por [ISARIC](https://isaric.org). Licenciado nos termos da Licença Internacional [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) por [ISARIC](https://isaric.org) em nome da Universidade de Oxford.

**MÓDULO 1: preencher no momento do internamento/inscrição**

Nome do centro \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_

Data da inscrição [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] / [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] / [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ]

**CRITÉRIOS CLÍNICOS DE INCLUSÃO**

Suspeita de ou infeção comprovada com agente patogénico de interesse para a saúde pública	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<i>Um ou mais destas queixas durante a doença</i>		Antecedentes (auto-reportados) de estado febril ou temperatura corporal medida $\geq 38$ °C
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
		Tosse
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
		Dispneia (dificuldades respiratórias) OU Taquipneia*
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
		Suspeita clínica de infeção respiratória aguda, mesmo sem cumprir os critérios acima
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

 \* frequência respiratória  $\geq 50$  ciclos/min. para <1 ano;  $\geq 40$  para 1-4 anos;  $\geq 30$  para 5-12 anos;  $\geq 20$  para  $\geq 13$  anos

**DADOS DEMOGRÁFICOS**

 Sexo à nascença  Masculino  Feminino  Não especificado

Data de nascimento [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] / [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ]

 Se a data de nascimento for desconhecida, registre: **Idade** [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] anos OU [ \_ ] [ \_ ] meses

 Profissional de saúde?  Sim  Não  Desconhecido Técnico laboratorial?  Sim  Não  Desconhecido

 Grávida?  Sim  Não  Desconhecido  N/D Se "Sim": Avaliação das semanas de gestação [ \_ ] [ \_ ] semanas

**DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS E SINAIS VITAIS NO MOMENTO DO INTERNAMENTO (primeiros dados)**

Primeiros sintomas (data do primeiro sintoma/sintoma inicial) [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] / [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] / [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ]

Data do internamento nestes serviços [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] / [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] / [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ]

Temperatura [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] °C Frequência cardíaca [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] batimentos/min.

Frequência respiratória [ \_ ] [ \_ ] ciclos/min.

 PA [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] (sistólica) [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] (diastólica) mmHg Desidratação severa  Sim  Não  Desconhecido

 Tempo de preenchimento capilar do esterno >2 segundos  Sim  Não  Desconhecido

 Saturação do oxigénio: [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] % com  ar ambiente  oxigenoterapia  Desconhecido **A V P U** (marque a resposta adequada com um círculo)

 Escala de Coma de Glasgow (ECG /15) [ \_ ] [ \_ ] Subnutrição  Sim  Não  Desconhecido

Circunferência da parte superior do braço [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] mm Altura: [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] cm Peso: [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] kg

**COMORBIDADES (existentes antes do internamento) (Des = Desconhecido)**

Doença cardíaca crónica (excluindo hipertensão)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Des	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Des
Hipertensão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Des	Atual fumador	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Des
Doença pulmonar crónica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Des	Tuberculose	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Des
Asma	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Des	Asplenia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Des
Doença renal crónica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Des	Neoplasma maligno	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Des
Doença hepática crónica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Des	Outro	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Des
Distúrbio neurológico crónico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Des	Se "sim", especifique: _____	
VIH	<input type="checkbox"/> Sim-com TAR <input type="checkbox"/> Sim-sem TAR <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido		

**MEDICAÇÃO CRÓNICA E PRÉ-INTERNAMENTO Foi tomado alguns dos seguintes fármacos nos 14 dias que antecederam o internamento?**

Inibidores da enzima conversora de angiotensina (inibidores da ECA)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido
Antagonistas dos recetores da angiotensina II (ARA II)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido
Anti-inflamatórios não esteroides (AINE)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido

SINAIS E SINTOMAS NO MOMENTO DO INTERNAMENTO (Des = Desconhecido)							
Antecedentes de febre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Des	Depressão da parede torácica inferior	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Des
Tosse	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Des	Cefaleia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Des
com produção de expectoração	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Des	Estado de consciência alterado/confusão	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Des
com hemoptise	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Des	Convulsões	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Des
Dor de garganta	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Des	Dor abdominal	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Des
Pingo no nariz (rinorreia)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Des	Vômitos/náuseas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Des
Pieira	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Des	Diarreia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Des
Dor torácica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Des	Conjuntivite	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Des
Dor muscular (mialgia)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Des	Erupção cutânea	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Des
Dor articular (artralgia)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Des	Úlceras cutâneas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Des
Fadiga/cansaço	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Des	Linfadenopatia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Des
Dificuldades respiratórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Des	Hemorragia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Des
Incapacidade de andar	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Des	Se apresentar hemorragias: especifique o(s) centro(s):			

 Outro  Sim  Não  Des Se "Sim", especifique: \_\_\_\_\_

**MEDICAÇÃO** O doente está **ATUALMENTE** a receber algum dos seguintes? (Des = Desconhecido)

**Fluidos orais/por via orogástrica?**  Sim  Não  Desconhecido **Fluidos intravenosos?**  Sim  Não  Des

**Antivirais?**  Sim  Não  Des Se "Sim":  Ribavirina  Lopinavir/Ritonavir  Inibidor da neuraminidase

 Interferão alfa  Interferão beta  Outro, especifique: \_\_\_\_\_

**Corticosteroides?**  Sim  Não  Des Se "Sim", via:  Oral  Intravenosa  Inalado

Se "Sim", indique o agente e a dose máxima diária: \_\_\_\_\_

**Antibiótico?**  Sim  Não  Des

**Agente antifúngico?**  Sim  Não  Des

**Agente antimalárico?**  Sim  Não  Des Se "Sim", especifique: \_\_\_\_\_

**Agente experimental?**  Sim  Não  Des Se "Sim", especifique: \_\_\_\_\_

**Anti-inflamatório não esteroide (AINE)**  Sim  Não  Des

**Inibidores da enzima conversora de angiotensina (inibidores da ECA)**  Sim  Não  Des

**Antagonistas dos recetores da angiotensina II (ARA II)**  Sim  Não  Des

**CUIDADOS DE SUPORTE** O doente está **ATUALMENTE** a receber algum dos seguintes? (Des = Desconhecido)

**Internamento na UCI ou outra unidade de alta dependência?**  Sim  Não  Des

**Oxigenoterapia?**  Sim  Não  Des Se "Sim", preencha todos os espaços abaixo

**Débito de O<sub>2</sub>:**  1-5 L/min  6-10 L/min  11-15 L/min  >15 L/min  Des

**Fonte de oxigênio:**  Líquido  Gasoso  Concentrador  Des

**Interface:**  Sonda nasal  Cânula nasal de alto fluxo  Máscara  Máscara com reservatório  Máscara CPAP/NIV  Des

**Ventilação não invasiva?** (p. ex., BIPAP/CPAP)  Sim  Não  N/D

**Ventilação invasiva (qualquer tipo)?**  Sim  Não  Des **Inotrópicos/vasopressores?**  Sim  Não  Des

**Suporte respiratório extracorpóreo (ECMO)?**  Sim  Não  Des **Posição de decúbito dorsal?**  Sim  Não  Des

**RESULTADOS LABORATORIAIS NO MOMENTO DO INTERNAMENTO** (\*indique as unidades se as mesmas forem diferentes daquelas indicadas)

Parâmetro	Valor*	Não realizado	Parâmetro	Valor*	Não realizado
Hemoglobina (g/L)		<input type="checkbox"/>	Creatinina (µmol/L)		<input type="checkbox"/>
Leucócitos (x10 <sup>9</sup> /L)		<input type="checkbox"/>	Sódio (mEq/L)		<input type="checkbox"/>
Hematócrito (%)		<input type="checkbox"/>	Potássio (mEq/L)		<input type="checkbox"/>
Plaquetas (x10 <sup>9</sup> /L)		<input type="checkbox"/>	Procalcitonina (ng/mL)		<input type="checkbox"/>
APTT/APTR		<input type="checkbox"/>	PCR (mg/L)		<input type="checkbox"/>
Protrombina (segundos)		<input type="checkbox"/>	HDL (U/L)		<input type="checkbox"/>
INR		<input type="checkbox"/>	Creatina quinase (U/L)		<input type="checkbox"/>
ALT/SGPT (U/L)		<input type="checkbox"/>	Troponina (ng/mL)		<input type="checkbox"/>
Bilirrubina total (µmol/L)		<input type="checkbox"/>	ESR (mm/hr)		<input type="checkbox"/>
AST/SGOT (U/L)		<input type="checkbox"/>	D-dímero (mg/L)		<input type="checkbox"/>
Ureia (BUN) (mmol/L)		<input type="checkbox"/>	Ferritina (ng/mL)		<input type="checkbox"/>
Lactato (mmol/L)		<input type="checkbox"/>	IL-6 (pg/mL)		<input type="checkbox"/>

**MÓDULO 2: acompanhamento (frequência do preenchimento a determinar pelos recursos disponíveis)**

Data do acompanhamento [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ]

**SINAIS VITAIS** (registar o valor mais anómalo entre as 00:00 e as 24:00) (Des = Desconhecido)

Temperatura [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] °C Freqüência cardíaca [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] batimentos por min

Taxa respiratória [ \_ ] [ \_ ] ciclos/min

PA [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] (sistólica) [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] (diastólica) mmHg Desidratação severa  Sim  Não  DesTempo de preenchimento capilar do esterno >2 segundos  Sim  Não  Des GCS/15 [ \_ ] [ \_ ]Saturação do oxigénio [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] % com  ar ambiente  oxigenoterapia  Des **A V P U** (assinale a resposta adequada com um círculo)**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DIÁRIAS** (Des = Desconhecido)

Tosse e produção de expectoração	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Des	Convulsões	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Des
Dor de garganta	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Des	Vômitos/náuseas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Des
Dor torácica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Des	Diarreia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Des
Dificuldades respiratórias	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Des	Conjuntivite	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Des
Confusão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Des	Mialgia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Des
		Outro, especifique: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Des

**RESULTADOS LABORATORIAIS** (\*indique as unidades se as mesmas forem diferentes daquelas indicadas)

Parâmetro	Valor*	Não realizado	Parâmetro	Valor*	Não realizado
Hemoglobina (g/L)		<input type="checkbox"/>	Creatinina (µmol/L)		<input type="checkbox"/>
Leucócitos (x10 <sup>9</sup> /L)		<input type="checkbox"/>	Sódio (mEq/L)		<input type="checkbox"/>
Hematócrito (%)		<input type="checkbox"/>	Potássio (mEq/L)		<input type="checkbox"/>
Plaquetas (x10 <sup>9</sup> /L)		<input type="checkbox"/>	Procalcitonina (ng/mL)		<input type="checkbox"/>
APTT/APTR		<input type="checkbox"/>	PCR (mg/L)		<input type="checkbox"/>
Protrombina (segundos)		<input type="checkbox"/>	HDL (U/L)		<input type="checkbox"/>
INR		<input type="checkbox"/>	Creatina quinase (U/L)		<input type="checkbox"/>
ALT/SGPT (U/L)		<input type="checkbox"/>	Troponina (ng/mL)		<input type="checkbox"/>
Bilirrubina total (µmol/L)		<input type="checkbox"/>	ESR (mm/hr)		<input type="checkbox"/>
AST/SGOT (U/L)		<input type="checkbox"/>	D-dímero (mg/L)		<input type="checkbox"/>
Ureia (BUN) (mmol/L)		<input type="checkbox"/>	Ferritina (ng/mL)		<input type="checkbox"/>
Lactato (mmol/L)		<input type="checkbox"/>	IL-6 (pg/mL)		<input type="checkbox"/>

**MEDICAÇÃO** O doente está **ATUALMENTE** a receber algum dos seguintes? (Des = Desconhecido)Fluidos orais/por via orogástrica?  Sim  Não  Des Fluidos intravenosos?  Sim  Não  DesAntivirais?  Sim  Não  Des Se "Sim":  Ribavirina  Lopinavir/Ritonavir  Inibidor da neuraminidase  Interferão alfa  Interferão beta  Outro, especifique: \_\_\_\_\_Corticosteroides?  Sim  Não  Des Se "Sim", via:  Oral  Intravenosa  Inalado

Se "Sim", indique o agente e a dose máxima diária: \_\_\_\_\_

Antibiótico?  Sim  Não  Des Agente antifúngico?  Sim  Não  DesAgente antimalárico?  Sim  Não  Des Se "Sim", especifique: \_\_\_\_\_Agente experimental?  Sim  Não  Des Se "Sim", especifique: \_\_\_\_\_Anti-inflamatório não esteroide (AINE)  Sim  Não  DesInibidores da enzima convertora de angiotensina (inibidores da ECA)  Sim  Não  DesAntagonistas dos recetores da angiotensina II (ARA II)  Sim  Não  Des**CUIDADOS DE SUPORTE** O doente está **ATUALMENTE** a receber algum dos seguintes? (Des = Desconhecido)Internamento na UCI ou outra unidade de alta dependência?  Sim  Não  DesOxigenoterapia?  Sim  Não  Des Se "Sim", preencha todos os espaços abaixo:Débito de O<sub>2</sub>:  1-5 L/min  6-10 L/min  11-15 L/min  >15 L/min  DesFonte de oxigénio:  Líquido  Gasoso  Concentrador  DesInterface:  Sonda nasal  Cânula nasal de alto fluxo  Máscara  Máscara com reservatório  Máscara CPAP/NIV  DesVentilação não invasiva? (p. ex., BIPAP, CPAP)  Sim  Não  DesVentilação invasiva (qualquer tipo)?  Sim  Não  Des Inotrópicos/vasopressores?  Sim  Não  DesSuporte respiratório extracorpóreo (ECMO)?  Sim  Não  Des Posição de decúbito dorsal?  Sim  Não  DesTerapêutica de substituição da função renal (TSR) ou diálise?  Sim  Não  Des

**MÓDULO 3: a preencher no momento da alta/em caso de morte****DIAGNÓSTICO/TESTES A AGENTES PATOGENICOS**Foi realizado raio-X/TC torácico?  Sim  Não  DesconhecidoSe "Sim": com presença de infiltrados?  Sim  Não  DesconhecidoFoi realizado teste de agentes patogênicos durante este episódio de doença?  Sim  Não  Desconhecido

Se "Sim", preencha todos os espaços abaixo:

Vírus influenza:  Positivo  Negativo  Não realizado Se positivo, indique \_\_\_\_\_Coronavírus:  Positivo  Negativo  Não realizado Se positivo:  MERS-CoV  SARS-CoV-2  Outro \_\_\_\_\_Outro agente patogênico respiratório:  Positivo  Negativo  Não realizado Se positivo, especifique \_\_\_\_\_Febre hemorrágica viral:  Positivo  Negativo  Não realizado Se positivo, especifique o vírus \_\_\_\_\_Outro agente patogênico de interesse para a saúde pública detetado: Se "sim", especifique: \_\_\_\_\_  
Malária por *Plasmodium falciparum*:  Positivo  Negativo  Não realizado Malária não provocada por *Plasmodium falciparum*:  Positivo  Negativo  Não realizadoVIH:  Positivo  Negativo  Não realizado**COMPLICAÇÕES: O doente sofreu algum dos seguintes em qualquer momento durante a hospitalização:**

Choque	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	Bacteremia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido
Convulsões	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	Hemorragia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido
Meningite/encefalite	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	Endocardite	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido
Anemia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	Miocardite/pericardite	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido
Arritmia cardíaca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	Lesão renal aguda	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido
Paragem cardíaca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	Pancreatite	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido
Pneumonia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	Alteração da função hepática	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido
Bronquiolite	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	Cardiomiopatia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido
Síndrome de dificuldade respiratória aguda	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	Outro Se "Sim", especifique	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido

**MEDICAÇÃO: Foi administrado algum dos seguintes durante o internamento ou no momento da alta?**Fluidos orais/por via orogástrica?  Sim  Não  DesconhecidoFluidos intravenosos?  Sim  Não  DesconhecidoAntivirais?  Sim  Não  Desconhecido Se "Sim":  Ribavirina  Lopinavir/Ritonavir  Inibidor da neuraminidase  Interferão alfa  Interferão beta  Outro, especifique: \_\_\_\_\_Antibiótico?  Sim  Não  Desconhecido Se "Sim", especifique: \_\_\_\_\_Corticosteroides?  Sim  Não  Desconhecido Se "Sim", via:  Oral  Intravenosa  Inalado

Se "Sim", especifique o agente e a dose máxima diária: \_\_\_\_\_

Agente antifúngico?  Sim  Não  Desconhecido Se "Sim", especifique: \_\_\_\_\_Agente antimalárico?  Sim  Não  Desconhecido Se "Sim", especifique: \_\_\_\_\_Agente experimental?  Sim  Não  Desconhecido Se "Sim", especifique: \_\_\_\_\_Anti-inflamatório não esteroide (AINE)  Sim  Não  Desconhecido

Se "Sim", especifique: \_\_\_\_\_

**CUIDADOS DE SUPORTE: O doente recebeu/foi submetido a algum dos seguintes em QUALQUER momento durante o internamento: (Des = Desconhecido)**

**Internamento na UCI ou outra unidade de alta dependência?**  Sim  Não  Des **Se "Sim"**, duração total: \_\_\_\_\_ dias

Data de admissão na UCI: [ \_ D \_ ] [ \_ D \_ ] [ \_ M \_ ] [ \_ M \_ ] [ \_ 2 \_ ] [ \_ 0 \_ ] [ \_ A \_ ] [ \_ A \_ ]  N/D

Data de descarga de UCI: [ \_ D \_ ] [ \_ D \_ ] [ \_ M \_ ] [ \_ M \_ ] [ \_ 2 \_ ] [ \_ 0 \_ ] [ \_ A \_ ] [ \_ A \_ ]  à saída da UCI  N/D

**Oxigenoterapia?**  Sim  Não  Desconhecido **Se "Sim"**, preencha todos os espaços abaixo:

**Duração total:** \_\_\_\_\_ dias

Débito de O<sub>2</sub>:  1-5 L/min  6-10 L/min  11-15 L/min  >15 L/min

Fonte de oxigénio:  Líquido  Gasoso  Concentrador

Interface:  Sonda nasal  Cânula nasal de alto fluxo  Máscara  Máscara com reservatório  Máscara CPAP/NIV

**Ventilação não invasiva?** (p. ex., BIPAP, CPAP)  Sim  Não  Des **Se "Sim"**, duração total: \_\_\_\_\_ dias

**Ventilação invasiva (qualquer tipo)?**  Sim  Não  Des **Se "Sim"**, duração total: \_\_\_\_\_ dias

**Suporte respiratório extracorpóreo (ECMO)?**  Sim  Não  Des **Se "Sim"**, duração total: \_\_\_\_\_ dias

**Posição em decúbito dorsal?**  Sim  Não  Des **Se "Sim"**, duração total: \_\_\_\_\_ dias

**Terapêutica de substituição da função renal (TSR) ou diálise?**  Sim  Não  Des

**Inotrópicos/vasopressores?**  Sim  Não  Des **Se "Sim"**, duração total: \_\_\_\_\_ dias

**RESULTADOS**

**Tipo de resultado:**  Alta  Hospitalizado  Transferido para outros serviços  Morte  Alta para cuidados paliativo  Desconhecido

**Data da ocorrência:** [ \_ D \_ ] [ \_ D \_ ] [ \_ M \_ ] [ \_ M \_ ] [ \_ 2 \_ ] [ \_ 0 \_ ] [ \_ A \_ ] [ \_ A \_ ]  Desconhecida

**Se recebeu alta: Capacidade de cuidar de si mesmo no momento da alta vs. antes da doença:**  A mesma que antes da doença  Pior  Melhor  Desconhecido