

**Orientações para o preenchimento do FRC****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 DA ADMINISTRAÇÃO**

- O FRC foi concebido para recolher dados obtidos através da observação, entrevista e análise das notas hospitalares durante o período decorrido entre o internamento e a alta hospitalar, transferência, morte ou internamento contínuo sem a possibilidade de se proceder à recolha continuada de dados. 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, é aceitável atribuir números incorporando caracteres alfabéticos (por exemplo, a Enfermaria X atribui "A0001", a Enfermaria Y atribui "B0001", etc.). 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.
- Na eventualidade de um participante ser transferido entre centros, é preferível manter o mesmo Número de Identificação do Participante entre centros. Quando não for possível, é disponibilizado um espaço para o registo do novo número.
- 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, não forem aplicáveis ou forem desconhecidos.
- Evite registar dados fora das áreas fornecidas. São disponibilizadas secções para o registo de informação adicional.
- Se utilizar FRC impressos, recomendamos a anotação clara, a tinta, em LETRAS MAIÚSCULAS.
- Coloque um "X" na resposta que escolher. 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, teremos todo o gosto em ajudar no estabelecimento de bases de dados alojadas localmente.
- Contacte-nos através do endereço de e-mail [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.

**Orientações para o preenchimento do FRC****ORIENTAÇÕES GERAIS E DEFINIÇÕES****Coinfeções**

Todas as coinfeções devem ser registadas no Módulo 3, ponto 15. DIAGNÓSTICO/TESTES A AGENTES PATOGENICOS

**Comorbidades**

Comorbidades presentes antes da COVID-19 e que ainda estão presentes. Não inclua aquelas desenvolvidas após o início dos sintomas de COVID-19. É oferecida uma orientação mais detalhada.

**Internamento hospitalar**

Para os doentes internados com COVID-19 ou com sintomas consistentes com uma possível infeção pelo novo coronavírus, insira os detalhes relativos à data do internamento. Para os doentes com um evidente diagnóstico alternativo que conduziu ao internamento e que, subsequentemente, foram infetados pelo novo coronavírus, deve ser registada a data do internamento original, mas todas as referências subsequentes ao internamento devem ser registadas se referentes às primeiras 24 horas após o primeiro dia do início dos sintomas de infeção (suspeita ou confirmada) pelo novo coronavírus.

Se um doente for internado através de vários serviços hospitalares, tenha em conta a admissão referente ao momento em que este se dirigiu ao primeiro serviço na consulta que conduziu ao seu internamento (por exemplo, deslocação ao serviço de urgências).

**Oxigenoterapia**

Inclua qualquer forma de oxigénio suplementar recebido através de qualquer método. Em seguida, preencha todos os dados sobre o tipo de administração e duração. Se não estiver indicado o dispositivo de administração exato, selecione a opção mais semelhante. Se tiverem sido utilizados vários fluxos e interfaces diferentes, selecione o método de administração com o fluxo mais elevado. Se for utilizado um sistema Venturi, registre preferencialmente a fração de oxigénio inspirado (FiO<sub>2</sub>) em detrimento do fluxo de oxigénio.

**Ventilação invasiva**

Inclua qualquer ventilação mecânica administrada após intubação ou traqueostomia. Não inclua os doentes que respirem de forma autónoma após uma traqueostomia.

**Ventilação não invasiva**

Inclua qualquer tratamento de pressão positiva administrado através de uma máscara apertada. Pode tratar-se de pressão positiva contínua (CPAP) ou de pressão positiva binível (BIPAP).

**Fluidos orais/por via orogástrica**

Inclua todos os fluidos/nutrientes administrados de forma artificial ao trato gastrointestinal (por exemplo, tubo nasogástrico, sonda nasojejunal, gastrostomia), mas não os doentes que realizem uma ingestão oral normal.

**Terapêutica de substituição da função renal ou diálise**

Inclua qualquer forma de terapêutica de substituição renal contínua ou hemodiálise intermitente.

**Pior resultado**

As referências ao "pior resultado" dizem respeito àqueles mais afastados do intervalo fisiológico normal ou do intervalo laboratorial normal.

Os resultados que tenham sido rejeitados pela equipa clínica (por exemplo, oximetria de pulso em extremidades pouco irrigadas, amostras de sangue hemolisadas, resultados microbiológicos contaminados) não devem ser reportados.

Pressão arterial: Registe a pressão arterial sistólica e diastólica após observação, com a pressão arterial média mais baixa (se não tiver sido calculada a pressão arterial média, registe a medição da pressão arterial sistólica mais baixa).

Frequência respiratória: Se tiverem sido observadas taxas anómalas baixas e altas, registe a frequência anormalmente alta.



## 4. COMORBIDADES (CONTINUAÇÃO)

### Asma

Asma com diagnóstico clínico.

### Doença renal crónica

Inclua casos de doença renal crónica com diagnóstico clínico, casos com taxa de filtração glomerular estimada crónica < 60 mL/min/1,73m<sup>2</sup>, historial de transplante renal.

### Distúrbio neurológico crónico

Inclua casos de paralisia cerebral, esclerose múltipla, doenças do neurónio motor, distrofia muscular, miastenia gravis, Doença de Parkinson, acidente vascular cerebral, deficiências cognitivas graves.

### VIH

Historial de infeção por VIH confirmada por laboratório. (Nota: "TAR": terapêutica antirretroviral).

### Diabetes

Diabetes mellitus tipo 1 ou 2 que exija tratamento oral ou subcutâneo.

### Atual fumador

Doentes que fumem pelo menos um cigarro, charuto, cachimbo ou equivalente por dia antes do início da doença atual. Não inclua produtos de tabaco sem fumo, como o tabaco de mascar ou dispositivos eletrónicos para fornecimento de nicotina.

### Tuberculose

Doentes atualmente a receberem tratamento para a tuberculose. Não inclua casos de tuberculose latente.

### Asplenia

Inclua casos de esplenectomia, baço não funcional e asplenia congénita.

### Neoplasma maligno

Casos atuais de cancro hematológico ou de órgãos sólidos. Não inclua cancros declarados "curados" há ≥5 anos sem evidências de doença em curso. Não inclua casos de cancro da pele não melanoma. Não inclua tumores benignos ou displasia.

### Outro

Inclua outras comorbidades que a equipa clínica acredite possam afetar as reservas fisiológicas do doente ou a sua resposta a esta doença ou tratamento. Especifique estas outras comorbidades.

## 5. MEDICAÇÃO CRÓNICA E PRÉ-INTERNAMENTO

Indique se, por algum motivo, foi tomado algum destes fármacos nos 14 dias que antecederam o internamento.

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

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

Data da inscrição [ D ][ D ][ M ][ M ][ 2 ][ 0 ][ A ][ A ]

#### 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
Um ou mais destas queixas durante a doença	Antecedentes (auto-reportados) de estado febril ou temperatura corporal medida ≥ 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 ≥50 ciclos/min. para <1 ano; ≥40 para 1-4 anos; ≥30 para 5-12 anos; ≥20 para ≥13 anos

#### DADOS DEMOGRÁFICOS

Sexo à nascença  Masculino  Feminino  Não especificado

Data de nascimento [ D ][ D ][ M ][ M ][ A ][ A ][ A ][ A ]

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) [ D ][ D ][ M ][ M ][ 2 ][ 0 ][ A ][ A ]

Data do internamento nestes serviços [ D ][ D ][ M ][ M ][ 2 ][ 0 ][ A ][ A ]

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















## Plataforma Clínica Global COVID-19 | Instruções de preenchimento do FRC (versão rápida)