

FORMULÁRIO DE RELATÓRIO DE CASO CENTRAL COVID-19 FERRAMENTA DE DADOS DE CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA INFEÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA

MODELO DO PRESENTE FORMULÁRIO DE RELATÓRIO DE CASO (FRC)

O presente FRC é constituído por módulos, devendo ser utilizado para o registo de dados na Base de dados central ISARIC_nCov ou para estudos independentes.

Módulo 1 e Módulo 2 a preencher no primeiro dia da apresentação/admissão ou no primeiro dia da avaliação da COVID-19.

Módulo 2 a preencher também no primeiro dia de internamento na UCI ou outra unidade de alta dependência. Além disso, preencha também diariamente, durante o número máximo de dias permitido pelos recursos disponíveis (no máximo, 14 dias). Continue o acompanhamento dos doentes transferidos entre enfermarias.

Módulo 3 (resultado) 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 prospetiva ou retrospectiva, se o doente for inscrito após a data de internamento.
- Os Números de Identificação dos Participantes são compostos por um código do centro (com 5 dígitos) e por um número do participante (com 4 dígitos).
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. Os números dos participantes deverão ser atribuídos de forma sequencial, sendo que cada centro começa por 0001. Na eventualidade de um único centro recrutar participantes de diferentes enfermarias, ou se for difícil atribuir números sequenciais, é aceitável atribuir números em blocos ou incorporar caracteres alfabéticos. Por exemplo, a Enfermaria X irá atribuir números de 0001 ou A001 sucessivamente, e a Enfermaria Y irá atribuir números de 5001 ou B001 sucessivamente. Insira o Número de Identificação do Participante no cimo de todas as páginas.
- Os FRC impressos em papel podem ser utilizados para, posteriormente, inserir os dados na base de dados eletrónica.
- Para os participantes que regressam ao mesmo centro, **inicie um novo formulário com o mesmo Número de Identificação do Participante**. Assinale "SIM-internado anteriormente" na secção "PRIMEIROS SINTOMAS E INTERNAMENTO". Realize 2 entradas separadas na base de dados eletrónica.
- Para os participantes transferidos entre dois centros que estão ambos a recolher dados através deste formulário, é preferível que um só centro insira dos dados (como uma só admissão, sob o mesmo Número de Identificação do Participante). Quando tal não é possível, o primeiro centro deve registar "Transferido para outros serviços" na secção "RESULTADO", e o segundo centro deve iniciar um novo formulário com um novo número de doente, indicando "SIM-transferido" na secção "PRIMEIROS SINTOMAS E INTERNAMENTO".
- Preencha todas as linhas de cada secção, exceto nos casos em que as instruções indicam para ignorar uma secção com base numa resposta.
- As opções com caixas circulares (○) são respostas de opção única (escolha apenas uma resposta). As opções com caixas quadradas (□) são respostas de escolha múltipla (escolha todas as opções aplicáveis).
- Assinale a opção "Não realizado" em todos os resultados laboratoriais não disponíveis, não aplicáveis ou desconhecidos.
- Evite registar dados fora das áreas fornecidas. Dispõe de secções para o registo de informação adicional.
- Se utilizar FRC impressos, recomendamos a anotação clara, a tinta, em LETRAS MAIÚSCULAS.
- Coloque um (X) na caixa selecionada 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 devem ser armazenados localmente - não nos envie quaisquer formulários. Os dados são aceites apenas através da base de dados eletrónica, em segurança.
- 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 prazer em ajudar no estabelecimento de bases de dados alojadas localmente.
- Contacte-nos através do endereço de e-mail 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.

MÓDULO 1: FORMULÁRIO DE RELATÓRIO DE CASO NA APRESENTAÇÃO/INTERNAMENTO

SINAIS E SINTOMAS NO MOMENTO DO INTERNAMENTO <i>(Des = Desconhecido)</i>			
Antecedentes de febre	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	Fadiga/cansaço	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des
Tosse	<input type="radio"/> SIM-não produtiva	Anorexia	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des
	<input type="radio"/> SIM-com hemoptise		
	<input type="radio"/> SIM-produtiva	Estado de consciência alterado/confusão	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des
	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des		
Dor de garganta	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	Dor muscular (mialgia)	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des
Pingo no nariz (rinorreia)	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	Dor articular (artralgia)	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des
Pieira	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	Incapacidade de andar	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des
Dificuldades respiratórias	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	Dor abdominal	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des
Depressão da parede torácica inferior	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	Diarreia	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des
Dor torácica	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	Vómitos/náuseas	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des
Conjuntivite	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	Erupção cutânea	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des
Linfadenopatia	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	Sangramento (hemorragia)	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> DES
Cefaleia	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	Se apresentar hemorragias: especifique o(s) local(is):	
Perda de olfato (anosmia)	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	Outro(s) sintoma(s)	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des
Perda de paladar (ageusia)	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	Se "SIM", especifique:	
Convulsões	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des		
MEDICAÇÃO PRÉ-INTERNAMENTO <i>(tomada num período de 14 dias antes do internamento/apresentação nos serviços de saúde)</i>			
Inibidores da enzima conversora de angiotensina (inibidores da ECA)	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des		
Antagonistas dos recetores da angiotensina II (ARA II)	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des		
Anti-inflamatórios não esteroides (AINE)	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des		
Esteroides orais	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	Se "SIM", agente(s):	
Outros agentes imunossupressores (não esteroides orais)	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	Se "SIM", agente(s):	
Antivirais	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	Se "SIM", agente(s):	
Antibióticos	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	Se "SIM", agente(s):	
Outros fármacos direcionados à COVID-19	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	Se "SIM", agente(s):	
COMORBIDADES E FATORES DE RISCO <i>(existentes antes do internamento e em curso)</i>			
Doença cardíaca crónica (não hipertensão)	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	Doença hematológica crónica	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des
Hipertensão	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	SIDA/VIH	<input type="radio"/> SIM-com TAR <input type="radio"/> SIM-sem TAR <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des
Doença pulmonar crónica (não asma)	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	Diabetes Mellitus	<input type="radio"/> SIM-Tipo 1 <input type="radio"/> SIM -Tipo 2 <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des
Asma (diagnóstico por médico)	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	Doença reumatológica	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des
Doença renal crónica	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	Demência	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des
Obesidade (conforme definida pelo pessoal clínico)	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	Tuberculose	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des
Doença hepática moderada ou severa	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	Subnutrição	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des
Doença hepática ligeira	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	Fumador	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> Nunca fumou <input type="radio"/> Antigo fumador <input type="radio"/> Des
Asplenia	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	Outro(s) fator(es) de risco relevante(s) <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	
Distúrbio neurológico crónico	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des	Se "SIM", especifique:	
Neoplasma maligno	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> Des		

MÓDULO 2: FORMULÁRIO DIÁRIO DE RELATÓRIO DE CASO

Preencha no dia do internamento ou no dia da primeira investigação relacionada com a COVID-19, e no primeiro dia de internamento na UCI (se distinto do dia de internamento). Além disso, dependendo dos recursos disponíveis, preencha todos os dias, durante um máximo de 14 dias, ou durante os dias em que estiverem disponíveis os resultados bioquímicos.

RESULTADOS LABORATORIAIS (no momento do internamento, em todos os internamentos na UCI e, posteriormente, todos os dias)
preencha todas as linhas

DATA DA AVALIAÇÃO (DD/MM/AAAA): [_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_2_] [_0_] [_A_] [_A_]

Registe o valor mais grave entre as 00:00 e as 24:00 no dia da avaliação (se "Não disponível", indique "N/D"):

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="radio"/>	Ureia (BUN) (mmol/L)		<input type="radio"/>
Leucócitos ($\times 10^9/L$)		<input type="radio"/>	Lactato (mmol/L)		<input type="radio"/>
Linfócitos ($10^9/L$)		<input type="radio"/>	Creatinina ($\mu\text{mol/L}$)		<input type="radio"/>
Neutrófilos ($10^9/L$)		<input type="radio"/>	Sódio (mmol/L)		<input type="radio"/>
Hematócrito (%)		<input type="radio"/>	Potássio (mmol/L)		<input type="radio"/>
Plaquetas ($\times 10^9/L$)		<input type="radio"/>	Procalcitonina (ng/mL)		<input type="radio"/>
APTT (segundos))		<input type="radio"/>	PCR (mg/L)		<input type="radio"/>
TTPa		<input type="radio"/>	HDL (U/L)		<input type="radio"/>
Protrombina (segundos)		<input type="radio"/>	Creatina quinase (U/L)		<input type="radio"/>
INR		<input type="radio"/>	Troponina I (ng/mL)		<input type="radio"/>
ALT/SGPT (U/L)		<input type="radio"/>	D-dímero (mg/L)		<input type="radio"/>
Bilirrubina total ($\mu\text{mol/L}$)		<input type="radio"/>	Ferritina (ng/mL)		<input type="radio"/>
AST/SGOT (U/L)		<input type="radio"/>	IL-6 (pg/mL)		<input type="radio"/>
Glucose (mmol/L)		<input type="radio"/>			

<p>__D__D__ / M__M__ /20__A__A__</p>	<p><input type="radio"/> Zaragatoa nasal/nasofaríngea <input type="radio"/> Esfregaço da garganta <input type="radio"/> Zaragatoa nasal/nasofaríngea combinada com esfregaço da garganta <input type="radio"/> Expetoração <input type="radio"/> Broncoalveolar <input type="radio"/> Aspirado endotraqueal <input type="checkbox"/> Urina <input type="radio"/> Fezes/esfregaço retal <input type="radio"/> Sangue <input type="radio"/> Outro, <i>especifique</i>: _____</p>	<p><input type="radio"/> PCR <input type="radio"/> Cultura <input type="radio"/> Outro, <i>especifique</i>: _____</p>	<p><input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/> Des</p>	<hr/>
--	---	---	--	-------

MÓDULO 3: FORMULÁRIO DE RELATÓRIO DE CASO**(RESUMO)****MEDICAÇÃO: Foi administrado algum dos seguintes durante o internamento ou no momento da alta? (Des=Desconhecido)**Antiviral ou agente direcionado à COVID-19? SIM NÃO Desconhecido Se "SIM", especifique todos os agentes e duração: Ribavirina Data do início da administração [_] [_] [_] / [_] [_] [_] / [2] [0] [_] [_] Duração: ____ dias Des Lopinavir/Ritonavir Data do início da administração [_] [_] [_] / [_] [_] [_] / [2] [0] [_] [_] Duração: ____ dias Des Remdesivir Data do início da administração [_] [_] [_] / [_] [_] [_] / [2] [0] [_] [_] Duração: ____ dias Des Interferão alfa Data do início da administração [_] [_] [_] / [_] [_] [_] / [2] [0] [_] [_] Duração: ____ dias Des Interferão beta Data do início da administração [_] [_] [_] / [_] [_] [_] / [2] [0] [_] [_] Duração: ____ dias Des Cloroquina/Hidroxicloroquina Data do início da administração [_] [_] [_] / [_] [_] [_] / [2] [0] [_] [_]Duração: ____ dias Des Outro _____ Data do início da administração [_] [_] [_] / [_] [_] [_] / [2] [0] [_] [_] Duração: ____ dias Des

Antibiótico? SIM NÃO Des Se "SIM", especifique todos:

Agente: _____ Data do início da administração [_] [_] [_] / [_] [_] [_] / [2] [0] [_] [_]

Duração: ____ dias Des

Agente: _____ Data do início da administração [_] [_] [_] / [_] [_] [_] / [2] [0] [_] [_]

Duração: ____ dias Des

Agente: _____ Data do início da administração [_] [_] [_] / [_] [_] [_] / [2] [0] [_] [_]

Duração: ____ dias Des

Corticosteroides? SIM NÃO Des Se "SIM", via: Oral Intravenosa (IV) Inalada Des

Se "SIM" (via oral ou IV), indique o agente: _____ e dose máx. diária e unidade: _____

Data do início da administração [_] [_] [_] / [_] [_] [_] / [2] [0] [_] [_] Des Duração: ____ dias Des

Heparina? SIM NÃO Des Se "SIM", via: Subcutânea Intravenosa (IV) DesSe "SIM": não fracionada baixo peso molecular fondaparinux Des Dose máxima diária e unidade: _____Data do início da administração [_] [_] [_] / [_] [_] [_] / [2] [0] [_] [_] Des Duração: ____ dias Des

Agente antifúngico? SIM NÃO Des

Outros tratamentos administrados para a COVID-19, incluindo fármacos experimentais ou uso compassivo? SIM NÃO Des

Se "SIM", especifique o agente, a dose máxima diária e a duração:

Agente: _____ Dose máxima diária e unidade: _____ DesData do início da administração [_] [_] [_] / [_] [_] [_] / [2] [0] [_] [_] Des Duração: ____ dias DesAgente: _____ Dose máxima diária e unidade: _____ DesData do início da administração [_] [_] [_] / [_] [_] [_] / [2] [0] [_] [_] Des Duração: ____ dias Des**RESULTADOS**Resultado: Alta Hospitalizado Transferido para outros serviços Morte Alta para cuidados paliativos DesData da ocorrência: [_] [_] [_] / [_] [_] [_] / [2] [0] [_] [_] Des

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 DesTratamento após alta médica: Oxigenoterapia? SIM NÃO Des