



FORMULÁRIO DE RELATÓRIO DE CASO CENTRAL COVID-19

MODELO DO PRESENTE FORMULÁRIO DE RELATÓRIO DE CASO (FRC)

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

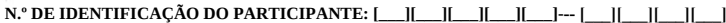
Módulo 3 (resultado) a preencher no momento da alta ou em caso de óbito.

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.
- Para uma orientação mais detalhada sobre como preencher estes formulários, consulte o Guia de preenchimento do FRC.
- Os Números de Identificação dos Participantes são compostos por um código do centro (com 3 ou 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@isgaric.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 um Número de Identificação do Participante diferente**. Assinale "SIM-internado anteriormente nestes serviços" na secção "NOVO 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 de outros serviços" na secção "NOVO 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.

FORMULÁRIO DE REGISTO DE CASO CENTRAL COVID-19 08DEZ0FEV21

Adaptado de SPRINT SARI CRF por [ISARIC](#). Licenciado nos termos da Licença Internacional [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0](#) por [ISARIC](#) em nome da Universidade de Oxford.



- 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 eletrônica. Todos os FRC devem ser armazenados localmente - não nos envie quaisquer formulários. Os dados são aceites apenas através da base de dados eletrônica, 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.

CRITÉRIOS CLÍNICOS DE INCLUSÃO

Suspeita ou infecção confirmada pelo novo coronavírus (COVID-19): ☐ SIM ☐ NÃO

O motivo do internamento é a COVID-19?

☐ Sim, a COVID-19 é o motivo do internamento

☐ Não, o doente foi internado por outro motivo que não a COVID-19

DADOS DEMOGRÁFICOS	
Nome do centro clínico:	País:
Data da inscrição/data da primeira avaliação da COVID-19: [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]	
Grupo étnico (<i>assinale todas as opções aplicáveis</i>): ☐ Árabe ☐ Negro ☐ Este Asiático ☐ Sul Asiático ☐ Oeste Asiático ☐ Latino-americano ☐ Caucasiano ☐ Aborígene/Primeiras nações ☐ Outro: _____ ☒ Desconhecido	
Desempenha funções de profissional de saúde? ☒ SIM ☐ NÃO ☐ Desconhecido Trabalha num laboratório de microbiologia? ☒ SIM ☐ NÃO ☐ Desconhecido	
Sexo à nascença: ☒ Masculino ☐ Feminino ☐ Não especificado/Desconhecido	Idade [_][_][_] anos OU [_][_] meses
Grávida? ☒ SIM ☐ NÃO ☐ Desconhecido	Se "SIM": Avaliação da idade gestacional: [_][_] semanas
PÓS-PARTO (dentro de 6 semanas após parto)? ☒ SIM ☐ NÃO ☐ Desconhecido (<i>se "NÃO" ou "Desconhecido", ignore esta secção</i>)	
Desfecho da gravidez: ☒ Nado-vivo ☐ Nado-morto	Data do parto: [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]
Bebé testado quanto a infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19)? ☒ SIM ☐ NÃO ☐ Desconhecido	
Se "SIM", resultado do teste: ☒ Positivo ☐ Negativo ☐ Desconhecido (se "Positivo", preencha um FRC separado para o bebé)	
CRIANÇA - menos de 1 ano de idade? ☒ SIM ☐ NÃO (<i>se "NÃO", ignore esta secção</i>)	
Peso à nascença: [_][_].[_] kg ou ☐ libras ☒ Desconhecido	
Resultado gestacional: ☒ Parto a termo (≥37 sem. I.G.) ☐ Parto pré-termo (<37 sem. I.G.) ☐ Desconhecido	
Amamentado a leite materno? ☒ SIM-atualmente a amamentar ☐ SIM-amamentação suspensa ☐ NÃO ☐ Desconhecido	
Vacinação adequada para a idade/país? ☒ SIM ☐ NÃO ☐ Desconhecido	

FORMULÁRIO DE REGISTO DE CASO CENTRAL COVID-19 08/DEZ/2021

Adaptado de SPRINT SARI CRF por [ISARIC](#), licenciado nos termos da Licença Internacional [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0](#) por [ISARIC](#) em nome da Universidade de Oxford.

Data da terceira vacina :[_D][_D]/[_M][_M]/[_2][_0][_A][_A] Data: ☒Real ☐prevista

Tipo da terceira vacina: ☐Pfizer/BioNTech ☐AstraZeneca/University of Oxford (Covishield na Índia) ☐Moderna ☐Novavax
☐Janssens (Johnson & Johnson) ☐Sinopharm ☐Sinovac ☐Sputnik V ☐Covaxin ☐CanSinoBIO
☐Desconhecida ☐Outra, especificar _____

Vacina contra a gripe nos últimos 6 meses: ☐SIM ☐NÃO ☐Desconhecido

Data da vacina contra a gripe :[_D][_D]/[_M][_M]/[_2][_0][_A][_A] Data: ☒Real ☐prevista

MEDICAÇÃO PRÉ-INTERNAmento (tomada num período de 14 dias antes do internamento/apresentação nos serviços de saúde)	
Esteroides	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des Se "SIM", ☐ Oral ☐ Inalado ☐ Des
Outros agentes imunossupressores (não esteroides orais)	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des
Antibióticos	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des Se "SIM", agente(s): _____
Antivirais	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des Se "SIM", agente(s): _____
Outros fármacos direcionados à COVID-19	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des Se "SIM", agente(s): _____

~~MÓDULO 1: FORMULÁRIO DE RELATÓRIO DE CASO NA APRESENTAÇÃO/INTERNAME~~

COMORBIDADES E FATORES DE RISCO <i>(existentes antes do internamento e em curso)</i>			
Doença cardíaca crónica <i>(não hipertensão)</i>	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des	Doença hematológica crónica	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des
Hipertensão	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des	SIDA/VIH ☐ SIM-com TAR ☐ SIM-sem TAR ☐ NÃO ☐ Des Se "SIM", contagem de células CD4 mais recente: ☐ < 200 ☐ 200-< 500 ☐ ≥ 500 célula/uL ☐ Des	
Doença pulmonar crónica <i>(não asma)</i>	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des	Diabetes Mellitus ☐ SIM-Tipo 1 ☐ SIM -Tipo 2 ☐ SIM -Gestacional ☐ NÃO ☐ Des Se "SIM", níveis HbA1C (nos últimos 6 meses) : _____ Unidades: ☐ mmol/mol ☐ mmol/L ☐ %	
Asma <i>(diagnóstico por médico)</i>	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des	Doença reumatológica	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des
Doença renal crónica	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des	Demência	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des
Obesidade <i>(conforme definida pelo pessoal clínico)</i>	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des	Tuberculose	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des
Doença hepática moderada ou severa	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des	Subnutrição	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des
Doença hepática ligeira	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des	Fumador ☐ SIM ☐ Nunca fumou ☐ Antigo fumador ☐ Des	
Asplenia	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des	Outro(s) fator(es) de risco relevante(s) ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des	
Distúrbio neurológico crónico	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des		
Neoplasma maligno	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des	Se "SIM", especifique:	

MÓDULO 2: FORMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO DE CASO NO INTERNAMENTO, CUIDADOS CRÍTICOS, AMOSTRAGEM DA INVESTIGAÇÃO

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, preencha nos dias em que estejam disponíveis os resultados bioquímicos.

SINAIS E SINTOMAS (registe o valor mais grave entre as 00:00 e as 24:00 do dia da avaliação ("mais grave" = "mais afastado do intervalo normal"))

DATA DA AVALIAÇÃO (DD/MM/AAAA): [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A]

Temperatura mais elevada: [][][] . [] °C ou °F Freq. card.: [][][] batimentos/minuto Freq. resp.: [][][] ciclos/minuto

P. A. sistólica: [][][]mmHg P. A. diastólica: [][][]mmHg

Saturação do oxigénio SaO₂ [] [] [] %

Qualquer tipo de oxigénio suplementar: ☐SIM ☐NÃO ☐Desconhecido Se "Sim",

FiO₂ (0,21-1,0) []/[] ou []/[] % ou []/[] L/min (valor mais alto L/min)

PaO₂ (no momento mais próximo da FiO₂ registrada acima) [] [] [] ☐ kPa ou ☐ mmHg ☐ Não realizado

Tipo de amostra da PaO₂: ☐ Arterial ☐ Capilar ☐ Venoso ☐ Desconhecido

A partir do mesmo registo do nível de gases no sangue que a PaO_2 :

PCO₂ _____ ☐ kPa ou ☐ mmHg | pH _____ | HCO₃⁻ _____ mEq/L | Excesso de bases _____ mmol/L

Tempo de preenchimento capilar do esterno >2 segundos ☐ SIM ☐ NÃO ☐ DesconhecidoAVPU: Alerta ☐ Voz ☐ Dor ☐ Sem resposta ☐ Escala de Coma de Glasgow (ECG/15) ☐☐

Escala de agitação-sedação de Richmond (RASS) []

Pressão arterial média [] [] [] mmHg ☒ Desconhecido

Fluxo urinário [] [] [] [] [] mL/24 horas ☐ Assinalar se estimado ☐ Desconhecido

MÓDULO 2: FORMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO DE CASO NO INTERNAMENTO, CUIDADOS CRÍTICOS, AMOSTRAGEM DA INVESTIGAÇÃO.

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.

O doente está a receber, ou recebeu (entre as 00:00 e as 24:00 do dia da avaliação)

Atualmente internado na UCI/UAD? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Desconhecido

Oxigenoterapia com cânula nasal de alto fluxo? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Desconhecido

Ventilação não invasiva (qualquer tipo)? ☐SIM ☐NÃO ☐Desconhecido **Se "SIM":** ☐BIPAP ☐CPAP ☐Outro ☐Desconhecido

Ventilação invasiva? ☐SIM ☐NÃO ☐Desconhecido

Posição em decúbito dorsal? ☐SIM ☐NÃO ☐Desconhecido Se "Sim", ☐durante ventilação invasiva ☐durante auto-ventilação ☐Desconhecido

Óxido nítrico inalado? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Desconhecido

Tubo de traqueostomia inserido? ☐SIM ☐NÃO ☐Desconhecido

Suporte respiratório extracorpóreo (ECLS/ECMO)? ☐SIM ☐NÃO ☐Desconhecido **Se "SIM":** ☐OVV ☐AV ☐Central
☐Desconhecido

Terapêutica de substituição da função renal (TSR) ou diálise? ☐SIM ☐NÃO ☐Desconhecido

Qualquer tipo de suporte vasopressor/inotrópico? ☐SIM ☐NÃO ☐Desconhecido *(se "NÃO", selecione "NÃO" nas 3 perguntas seguintes)*

Dopamina <5 µg/kg/min OU dobutamina OU milrinona OU levossimendano: ☐SIM
☐NÃO

Dopamina 5-15 µg/kg/min OU epinefrina/norepinefrina <0,1 µg/kg/min OU vasopressina OU fenilefrina: ☐SIM ☐NÃO

Dopamina >15 µg/kg/min OU epinefrina/norepinefrina >0,1 µg/kg/min: ☐SIM ☐NÃO

Agentes de bloqueio neuromuscular: ☐SIM ☐NÃO ☐Desconhecido

Outra(s) intervenção(ões) ou procedimento(s)? ☐SIM ☐NÃO ☐Desconhecido Se "SIM", especifique: _____

MÓDULO 2: FORMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO DE CASO NO INTERNAMENTO, CUIDADOS CRÍTICOS, AMOSTRAGEM DA INVESTIGAÇÃO

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 no UCI e, posteriormente, todos os dias) – preencha todas as linhas

DATA DA AVALIAÇÃO (DD/MM/AAAA): [D_][D_]/[M_][M_]/[2_][0_][A_][A_]

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

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

Parâmetro	Valor*	Não realizado	Parâmetro	Valor*	Não realizado
Hemoglobina (g/L)		☐	Ureia (BUN) (mmol/L)		☐
Leucócitos (x10 ⁹ /L)		☐	Lactato (mmol/L)		☐
Linfócitos (10 ⁹ /L)		☐	Creatinina (μmol/L)		☐
Neutrófilos (10 ⁹ /L)		☐	Sódio (mmol/L)		☐
Hematócrito (%)		☐	Potássio (mmol/L)		☐
Plaquetas (x10 ⁹ /L)		☐	Procalcitonina (ng/mL)		☐
APTT (segundos))		☐	PCR (mg/L)		☐
TTPa		☐	HDL (U/L)		☐
Protrombina (segundos)		☐	Creatina quinase (U/L)		☐
INR		☐	Troponina I (ng/mL)		☐
ALT/SGPT (U/L)		☐	D-dímero (mg/L)		☐
Bilirrubina total (μmol/L)		☐	Ferritina (ng/mL)		☐
AST/SGOT (U/L)		☐	IL-6 (pg/mL)		☐
Glicose (mmol/L)		☐	Fibrinogénio (mg/dl)		☐

MÓDULO 3: FORMULÁRIO DE RELATÓRIO DE CASO (RESULTADO)

MÓDULO 3: FORMULÁRIO DE RELATÓRIO DE CASO (RESULTADO)

COMPLICAÇÕES: O doente sofreu algum dos seguintes em qualquer momento durante a hospitalização: ("Des" = "Desconhecido")			
Pneumonia vírica/pneumonite	☐ SIM	☐ NÃO	☐ Des
Pneumonia bacteriana	☐ SIM	☐ NÃO	☐ Des
Síndrome de dificuldade respiratória aguda	☐ SIM	☐ NÃO	☐ Des
Pneumotórax	☐ SIM	☐ NÃO	☐ Des
Derrame pleural	☐ SIM	☐ NÃO	☐ Des
Pneumonia organizativa criptogénica (POC)	☐ SIM	☐ NÃO	☐ Des
Bronquiolite	☐ SIM	☐ NÃO	☐ Des
Paragem cardíaca	☐ SIM	☐ NÃO	☐ Des
Enfarte do miocárdio	☐ SIM	☐ NÃO	☐ Des
Isquemia cardíaca	☐ SIM	☐ NÃO	☐ Des
Meningite/encefalite	☐ SIM	☐ NÃO	☐ Des
Bacteremia	☐ SIM	☐ NÃO	☐ Des
Distúrbios da coagulação/CID	☐ SIM	☐ NÃO	☐ Des
Embolia pulmonar	☐ SIM	☐ NÃO	☐ Des
Trombose venosa profunda (TVP)	☐ SIM	☐ NÃO	☐ Des
Outro tipo de tromboembolismo (não EP ou TVP)	☐ SIM	☐ NÃO	☐ Des
Anemia	☐ SIM	☐ NÃO	☐ Des
Rabdomiólise/miosite	☐ SIM	☐ NÃO	☐ Des
Lesão renal aguda/insuficiência renal aguda	☐ SIM	☐ NÃO	☐ Des
Hemorragia gastrointestinal	☐ SIM	☐ NÃO	☐ Des



World Health
Organization



N.º DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE: [][][][][][][][]-- [][][][][][][][]

Arritmia cardíaca	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des	Pancreatite	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des
Miocardite/pericardite	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des	Alteração da função hepática	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des
Endocardite	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des	Hiperglicemia	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des
Cardiomiopatia	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des	Hipoglicemia	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des
Insuficiência cardíaca congestiva	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des	Outro	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des
Convulsões	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des	Se "SIM": especifique: _____	
Acidente vascular cerebral	☐ SIM ☐ NÃO ☐ Des		

7

_____. _____. / _____. _____. / 20_____. _____. _____.	☐Zaragatoa nasal/nasofaríngea ☐Esfregação da garganta ☐Zaragatoa nasal/nasofaríngea combinada com esfregação da garganta ☐Expetoração ☐Broncoalveolar ☐Aspirado endotraqueal ☐Urina ☐Fezes/esfregação retal ☐Sangue ☐Outro, <i>especifique</i>: _____	☐PCR ☐Cultura ☐Outro, <i>especifique</i>: _____	☐Positivo ☐Negativo ☐Desconhecido _____
_____. _____. / _____. _____. / 20_____. _____. _____.	☐Zaragatoa nasal/nasofaríngea ☐Esfregação da garganta ☐Zaragatoa nasal/nasofaríngea combinada com esfregação da garganta ☐Expetoração ☐Broncoalveolar ☐Aspirado endotraqueal ☐Urina ☐Fezes/esfregação retal ☐Sangue ☐Outro, <i>especifique</i>: _____	☐PCR ☐Cultura ☐Outro, <i>especifique</i>: _____	☐Positivo ☐Negativo ☐Desconhecido _____

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) :

☐ Ribavirina Data do início da administração [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] ☐ Des Duração: ____ dias ☐ Des

☐ Lopinavir/Ritonavir Data do início da administração [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] ☐ Des Duração: ____ dias ☐ Des

☐ Remdesivir (Veklury) Data do início da administração [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] ☐ Des Duração: ____ dias ☐ Des

☐ Interferão alfa Data do início da administração [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] ☐ Des Duração: ____ dias ☐ Des

☐ Interferão beta Data do início da administração [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] ☐ Des Duração: ____ dias ☐ Des

☐ Cloroquina/hidroxicloroquina:

Data de início da administração [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] ☐ Des Duração: ____ dias ☐ Des

☐ Inibidor da interleucina 6 (IL-6) Se "SIM", qual: ☐ Tocilizumab ☐ Sarilumab ☐ Outro inibidor da IL-6 _____ ☐ Des

Data de início da administração [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] ☐ Des Duração: ____ dias ☐ Des

☐ Plasma convalescente Data do início da administração [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] ☐ Des Duração: ____ dias ☐ Des

☐ Antiviral anti-influenza Se "SIM", qual: ☐ Oseltamivir (Tamiflu®) ☐ Zanamivir ☐ Des

Data do início da administração [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] ☐ Des Duração: ____ dias ☐ Des

☐ Outro _____ Data de início da administração [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] ☐ Des Duração: ____ dias ☐ Des

ANTIBIÓTICO? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Desconhecido Se "SIM", especifique todos:

Agente 1: _____ Data de início da administração [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] Duração: _____ dias ☐ Des

Agente 2: _____ Data de início da administração [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] Duração: _____ dias ☐ Des

Agente 3: _____ Data de início da administração [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] Duração: _____ dias ☐ Des

CORTICOSTEROIDE? ☐SIM ☐NÃO ☐Desconhecido

Se "SIM": **Dexametasona?** ☐SIM ☐NÃO ☐Desconhecido

Se "Sim", assinale todas as opções aplicáveis:

☐ 6 mg uma vez/dia? ☐SIM ☐NÃO ☐Desconhecido Se "Sim", via: ☐ Oral ☐ Intravenosa ☐Des

Se "Sim", **Data de início da administração** [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] **Duração:** ____ dias ☐Des

☐ outra dose ou frequência? ☐SIM ☐NÃO ☐Desconhecido Se "Sim", via: ☐ Oral ☐ Intravenosa ☐Des

Se "Sim", **Data de início da administração** [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] **Duração:** ____ dias ☐Des

Se "SIM": **Outro corticosteroide?** ☐SIM ☐NÃO ☐Desconhecido

Se "SIM": **Qual esteroide:** ☐ Prednisolona ☐ Hidrocortisona ☐ Metilprednisolona ☐ Outro

Via: ☐ Oral ☐ Intravenosa ☐Des

MÓDULO 3: FORMULÁRIO DE RELATÓRIO DE CASO (RESULTADO)

MEDICAÇÃO (continuação):

ANTICOAGULAÇÃO? ☐SIM ☐NÃO ☐Des

Se "SIM": Agente: _____

Via: ☐ Subcutânea ☐ Intravenosa (IV) ☐Des

Indicação: ☐ terapêutica (tratamento de TVP/EP) ☐ profilaxia otimizada para COVID-19 ☐ profilaxia de rotina em internamento ☐ Des

AGENTE ANTIFÚNGICO? ☐SIM ☐NÃO ☐Des

OUTROS tratamentos administrado para a COVID-19, incluindo fármacos experimentais ou uso compassivo? ☐SIM ☐NÃO

☐Des

Se "Sim", especifique o agente e momento da administração:

Agente 1: _____ Data do início da administração [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[2_][0_][A_][A_] ☐Des

Duração: _____ dias ☐Des

Agente 2: _____ Data do início da administração [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[2_][0_][A_][A_] ☐Des

Duração: _____ dias ☐Des

Agente 3: _____ Data do início da administração [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[2_][0_][A_][A_] ☐Des

Duração: _____ dias ☐Des

RESULTADOS

O doente foi diagnosticado com COVID-19? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Desconhecido

Se "Sim", o diagnóstico teve por base: ☐ confirmação laboratorial ☐ avaliação clínica

Foi identificada alguma O doente está infetado com uma Variante de Preocupação ou Variante de Interesse no doente?

☐ Desconhecido

☐ Não: a variante é conhecida e não se verifica uma variante de preocupação

☐ Sim: Delta-B.1.617.2, identificada em outubro de 2020

□ Sim: **Omicron** Ómicron. B.1.1.529. identificada em novembro de 2021

☐ Sim: Alpha - B.1.1.7, identificada no Reino Unido em setembro de 2020 ☐ Sim, uma variante não indicada em baixo

~~□ Sim: Beta - B.1.351, identificada na África do Sul em maio de 2020 □ Alpha - B.1.1.7, identificada no Reino Unido em setembro de 2020~~

~~☐ Sim: Gamma - P.1, identificada no Brasil em novembro de 2020 ☐ Beta - B.1.351, identificada na África do Sul em maio de 2020~~

☐ Sim: Delta - B.1.617.2, identificada na Índia em outubro de 2020 ☒ ~~Gamma - P.1, identificada no Brasil em novembro de 2020~~

☐ Sim: ~~Epsilon~~ Épsilon - B.1.427/B.1.429, identificada nos EUA em março de 2021

~~☐ Sim: Zeta - P.2, identificada no Brasil em abril de 2020 ☐ Epsilon
B.1.427/B.1.429, identificada nos EUA em março de 2021~~

☐ Sim: Eta - B.1.525, identificada em vários países em dezembro de 2020 ☒ Zeta - P.2, identificada no Brasil em abril de 2020

☐ Sim: ~~Theta~~Teta - P.3, identificada nas Filipinas em janeiro de 2021 ☐ Eta
B.1.525, identificada em vários países em dezembro de 2020

~~☐ Sim: Iota - B.1.526, identificada nos EUA em novembro de 2020 ☐ Theta - P.3, identificada nas Filipinas em janeiro de 2021~~

☐ Sim: Kaapa - B.1.617.1, identificada na Índia em outubro de 2020 ☒ Total
B.1.526, identificada nos EUA em novembro de 2020

☐ Sim: Lambda - C.37. identificada no Peru em dezembro de 2020

☐ Sim: Mu – B.1.621, identificada na Colômbia em janeiro de 2021

☐ Sim: uma variante não indicada acima

☐ ~~Kappa – B.1.617.1, identificada na Índia em outubro de 2020~~

☐ ~~Lambda C.37, identificada no Peru em dezembro de 2020~~

Verifique na base de dados REDCAP as variantes que não estão indicadas acima. As novas variantes são adicionadas à base de dados à medida que vão sendo identificadas.

Em caso de identificação da variante ~~Omicron~~**Ómicron**, que método foi utilizado para a identificar?

☐ Sequenciación do genoma
 ☐ Falha na detecção do gene S
 ☐ PCR
 ☐ Desconhecido ou não testado

Resultado: ☐ Alta médica ☐ Hospitalizado ☐ Transferido para outros serviços ☐ Óbito ☐ Alta para cuidados paliativos ☐ Desconhecido

Data da ocorrência: [D] [D] / [M] [M] / [2] [0] [A] [A] ☒ Desconhecida

Formatted Table

N.º DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE: [][][][][][]-- [][][][][][]

Se vivo à data da ocorrência:

Capacidade de cuidar de si mesmo no momento da alta vs. antes da doença: ☐ A mesma que antes da doença ☐ Pior ☐ Melhor☐ DesconhecidoTratamento após alta médica: Oxigenoterapia? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ DesconhecidoNecessidade de cuidados de saúde contínuos associados a este internamento por COVID-19: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ DesconhecidoNecessidade de cuidados de saúde contínuos NÃO associados a este episódio de COVID: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ DesconhecidoMedicamente apto para alta (COVID-19 resolvida), mas permanece no hospital por outro motivo (p. ex., a aguardar cuidados adequados na comunidade, residente em centro de cuidados continuados ou instituição de cuidados psiquiátricos): ☐ SIM ☐ NÃO☐ Desconhecido