

## 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 0001. 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 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 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 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.

FORMULÁRIO DE REGISTO DE CASO - COVID-19 Versão rápida 08DEZ2021

Adaptado de SPRINT SARI CRF por [ISARIC](https://www.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://www.isaric.org) em nome da Universidade de Oxford.





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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Des Se "Sim", especifique: _____			

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

VACINAÇÃO	
<b>Vacinação contra a COVID-19</b>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Des
Data da primeira vacina :[_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_2_] [_0_] [_A_] [_A_] Data: <input type="checkbox"/> real <input type="checkbox"/> prevista	
Tipo da primeira vacina: <input type="checkbox"/> Pfizer/BioNTech   <input type="checkbox"/> AstraZeneca Oxford (Covishield na Índia)   <input type="checkbox"/> Moderna   <input type="checkbox"/> Novavax <input type="checkbox"/> Janssens (Johnson & Johnson)   <input type="checkbox"/> Sinopharm   <input type="checkbox"/> Sinovac   <input type="checkbox"/> Sputnik V   <input type="checkbox"/> Covaxin <input type="checkbox"/> CanSinoBIO   <input type="checkbox"/> Desconhecida   <input type="checkbox"/> Outra, especificar _____	
Data da segunda vacina :[_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_2_] [_0_] [_A_] [_A_] Data: <input type="checkbox"/> real <input type="checkbox"/> prevista	
Tipo da segunda vacina: <input type="checkbox"/> Pfizer/BioNTech   <input type="checkbox"/> AstraZeneca/University of Oxford (Covishield na Índia)   <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Novavax   <input type="checkbox"/> Janssens (Johnson & Johnson)   <input type="checkbox"/> Sinopharm   <input type="checkbox"/> Sinovac   <input type="checkbox"/> Sputnik V   <input type="checkbox"/> Covaxin <input type="checkbox"/> CanSinoBIO   <input type="checkbox"/> Desconhecida   <input type="checkbox"/> Outra, especificar _____	
Data da terceira vacina :[_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_2_] [_0_] [_A_] [_A_] Data: <input type="checkbox"/> real <input type="checkbox"/> prevista	
Tipo da terceira vacina: <input type="checkbox"/> Pfizer/BioNTech   <input type="checkbox"/> AstraZeneca/University of Oxford (Covishield na Índia)   <input type="checkbox"/> Moderna   <input type="checkbox"/> Novavax <input type="checkbox"/> Janssens (Johnson & Johnson)   <input type="checkbox"/> Sinopharm   <input type="checkbox"/> Sinovac   <input type="checkbox"/> Sputnik V   <input type="checkbox"/> Covaxin   <input type="checkbox"/> CanSinoBIO <input type="checkbox"/> Desconhecida   <input type="checkbox"/> Outra, especificar _____	
<b>Vacina contra a gripe nos últimos 6 meses:</b>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido
Data da vacina contra a gripe :[_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_2_] [_0_] [_A_] [_A_] Data: <input checked="" type="radio"/> real <input type="radio"/> prevista	













