

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. 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 (PIN) entre centros. Quando tal não for possível, comece um novo formulário com um novo PIN. Se o PIN do centro anterior for conhecido, pode ser inserido no campo "Se "SIM", Número de Identificação do Participante". Para os participantes que são novamente internados com COVID-19 no mesmo centro, **inicie um novo formulário com um novo Número de Identificação do Participante (PIN)** e insira o PIN anterior em resposta à pergunta "ID anterior do participante".
- 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 se desejar a nossa ajuda com as bases de dados, se quiser fazer um comentário ou se 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 (FiO₂) 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.

5. MEDICAÇÃO CRÓNICA E PRÉ-INTERNAMENTO

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

6. SINAIS E SINTOMAS NO MOMENTO DO INTERNAMENTO

Indique os detalhes das observações clínicas realizadas num prazo de 24 horas após o internamento. Para as observações não realizadas de imediato no momento do internamento, registre os primeiros dados disponíveis (reportados pelo doente e/ou advindos dos registos médicos) num prazo de 24 horas após o internamento.

Para os doentes com um evidente diagnóstico alternativo que conduziu ao internamento que, subsequentemente, foram infetados pelo novo coronavírus (COVID-19), indique as datas das ocorrências, mas com observações completas nas 24 horas após o início dos sintomas de suspeita de ou infeção confirmada pelo novo coronavírus.

COMORBIDADES (existentes antes do internamento) (Des = Desconhecido)	
Doença cardíaca crónica (excluindo hipertensão)	<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
Doença pulmonar crónica	<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
Doença renal crónica	<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
Distúrbio neurológico crónico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Des
VIH	<input type="checkbox"/> Sim-com TAR <input type="checkbox"/> Sim-sem TAR <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido

MÓDULO 1: preencher no momento do internamento/inscrição

MEDICAÇÃO CRÓNICA E PRÉ-INTERNAMENTO	Foi tomado algum 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 receptores 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
Tosse	<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
com hemoptise	<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
Pingo no nariz (rinite)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Des
Pleira	<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
Dor muscular (mialgia)	<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
Fadiga/cansaço	<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
Incapacidade de andar	<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 Se "Sim", especifique: _____

6a. VACINAÇÃO

Se a data exata da administração da dose mais recente da vacina contra a COVID-19 não estiver disponível, indique uma estimativa do dia em que a vacina terá sido administrada.

Não é possível inserir datas parciais (p. ex., Jan-2021) na base de dados.

7. MEDICAÇÃO NO MOMENTO DO INTERNAMENTO

Indique se o doente recebeu algum destes fármacos no momento do internamento ou num prazo de 24 horas após o mesmo. Para os doentes que foram internados por outro motivo e que, subsequentemente, desenvolveram COVID-19, preencha durante as 24 horas após a primeira suspeita de COVID-19.

Especifique todos os agentes. Ao inserir os dados no FRC, será disponibilizada uma lista pendente de diferentes agentes.

8. CUIDADOS DE SUPORTE NO MOMENTO DO INTERNAMENTO

Registe todos os tratamentos recebidos no dia ou nas primeiras 24 horas após o internamento.

 		ID DO PARTICIPANTE									
VACINAÇÃO											
Vacinação contra a COVID-19		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Des	Data estimada da dose mais recente: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []						
Se "SIM", número de doses recebidas: _____											
Se "SIM", especifique o tipo da vacina mais recente: _____											
Se recebeu mais do que uma dose, especifique todos os tipos de vacinas previamente recebidos: _____											
Vacina contra a gripe nos últimos 8 meses: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido											
MEDICAÇÃO O doente está ATUALMENTE a receber algum dos seguintes?											
Fluidos orais/por via oral/gástrica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido		Fluidos intravenosos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido									
Antivirais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido		Se "Sim": O Ribavirina O Lopinavir/Ritonavir O Inibidor da neuraminidase									
O Interferão alfa O Interferão beta O Outro, especifique: _____											
Corticosteroides? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido		Se "Sim", via: O Oral O Intravenosa O Inalado									
Se "Sim", indique o agente e a dose máxima diária: _____											
Antibiótico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido		Agente antifúngico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido									
Agente antimalário? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido		Se "Sim", especifique: _____									
Agente experimental? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido		Se "Sim", especifique: _____									
Anti-inflamatório não esteroide (AINE) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido											
Inibidores da enzima convertora de angiotensina (Inibidores da ECA) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido											
Antagonistas dos receptores da angiotensina II (ARA II) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido											

MÓDULO 1: preencher no momento do internamento/inscrição

CUIDADOS DE SUPORTE O doente está ATUALMENTE a receber algum dos seguintes?											
Internamento na UCI ou outra unidade de alta dependência? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido											
Oxigenoterapia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido		Se "Sim", preencha todos os espaços abaixo									
Débito de Ox: <input type="checkbox"/> 1-5 L/min <input type="checkbox"/> 6-10 L/min <input type="checkbox"/> 11-15 L/min <input type="checkbox"/> >15 L/min <input type="checkbox"/> Desconhecido											
Fonte de oxigênio: <input type="checkbox"/> Líquido <input type="checkbox"/> Gasoso <input type="checkbox"/> Concentrador <input type="checkbox"/> Desconhecido											
Interface: <input type="checkbox"/> Sonda nasal <input type="checkbox"/> Cánula nasal de alto fluxo <input type="checkbox"/> Máscara <input type="checkbox"/> Máscara com reservatório <input type="checkbox"/> Máscara CPAP/NIV <input type="checkbox"/> Desconhecido											
Ventilação não invasiva? (p. ex., BIPAP/CPAP) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ND											
Ventilação invasiva (qualquer tipo)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido		Inotrópicos/vasopressores? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido									
Suporte respiratório extracorpóreo (ECMO)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido		Posição de decúbito dorsal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido									

9. RESULTADOS LABORATORIAIS NO MOMENTO DO INTERNAMENTO

Inclua os resultados obtidos na consulta, no internamento ou nas primeiras 24 horas após o internamento ou em doentes previamente internados no dia ou num prazo de 24 horas após os primeiros sintomas da possível infeção ou infeção confirmada pelo novo coronavírus.

Certifique-se de que todas as medições são registadas utilizando as unidades especificadas e, se forem utilizadas outras unidades, especifique a unidade utilizada. Quando transferir os dados para base de dados eletrónica, disporá de uma lista pendente das diferentes unidades utilizadas a nível global.

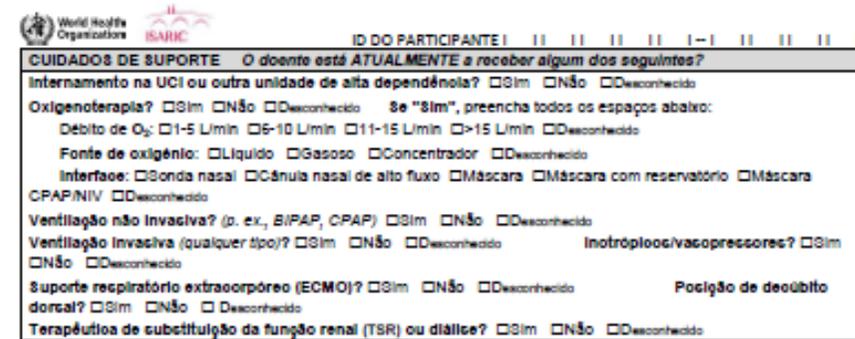



ID DO PARTICIPANTE | | | | | | | | | | | | | |

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 ⁹ /L)		<input type="checkbox"/>	Sódio (mEq/L)		<input type="checkbox"/>
Hematócrito (%)		<input type="checkbox"/>	Potássio (mEq/L)		<input type="checkbox"/>
Plaquetas (x10 ⁹ /L)		<input type="checkbox"/>	Procalcitonina (ng/mL)		<input type="checkbox"/>
APTT/APTR		<input type="checkbox"/>	PCR (ng/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"/>

14. CUIDADOS DE SUPORTE

Registe todos os tratamentos recebidos neste dia do acompanhamento (da meia-noite à meia-noite), independentemente da duração dos mesmos.



World Health Organization ISARIC ID DO PARTICIPANTE | | | | | | | | | |

CUIDADOS DE SUPORTE O doente está ATUALMENTE a receber algum dos seguintes?

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

Oxigenoterapia? Sim Não Desconhecido Se "Sim", preencha todos os espaços abaixo:
 Débito de O₂: 1-5 L/min 6-10 L/min 11-15 L/min >15 L/min Desconhecido
 Fonte de oxigénio: Líquido Gasoso Concentrador Desconhecido
 Interface: Sonda nasal Cânula nasal de alto fluxo Máscara Máscara com reservatório Máscara CPAP/NIV Desconhecido

Ventilação não invasiva? (p. ex., BIPAP, CPAP) Sim Não Desconhecido

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

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

Terapias de substituição da função renal (TSR) ou diálise? Sim Não Desconhecido

Esta página deve ser preenchida assim que o doente receber alta médica ou falecer, utilizando todos os dados disponíveis recolhidos durante o internamento e permanência no hospital.

15. DIAGNÓSTICO/TESTES A AGENTES PATOGENICOS

Raio-X/TC torácico

Selecione a opção "Sim" se tiver sido realizado um raio-X ou TC torácicos em qualquer momento da permanência do doente no hospital.

Presença de infiltrados

Assinale a opção "Sim" se a presença de infiltrados tiver sido reportada por um radiologista. Também pode selecionar a opção "Sim" se tiver qualificações para avaliar as imagens, ou se um membro sénior da equipa clínica responsável pelo doente tiver documentado que as imagens mostravam "infiltrados", "consolidação", "opacidade" ou "sinais radiológicos de pneumonia/pneumonite/SDRA".

Teste a agentes patogénicos

Para cada agente patogénico, selecione se o teste foi "positivo" (foi detetado o agente), "negativo" (não foi detetado o agente) ou "desconhecido" (se não souber se o teste foi realizado).

Sempre que tiver sido identificado o agente patogénico, especifique o organismo identificado da forma mais rigorosa possível.

16. COMPLICAÇÕES

Selecione todos os problemas clinicamente identificados em qualquer momento durante o internamento hospitalar.

Não inclua comorbidades conhecidas (por exemplo, uma "fibrilhação auricular prévia" não deve ser incluída mas um novo caso durante o internamento deve ser registado).

Choque

Hipotensão não responsiva a administração intravenosa de fluidos que exija fármacos vasoativos para manutenção de uma perfusão adequada.

Convulsões

As "convulsões", "crises" ou "ataques convulsivos" são uma contração rítmica involuntária dos músculos. Selecione a opção "Sim" no caso de ocorrência de convulsões, independentemente da causa (por exemplo, febril ou devido a epilepsia).

Meningite/encefalite

Inflamação das meninges ou do parênquima cerebral. Selecione a opção "Sim" se tiver diagnóstico clínico, radiológico ou microbiológico.

MÓDULO 3: a preencher no momento da alta/em caso de morte

DIAGNÓSTICO/TESTES A AGENTES PATOGENICOS			
Foi realizado raio-X/TC torácico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se "Sim": com presença de infiltrados?			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido			
Foi realizado teste de agentes patogénicos durante este episódio de doença? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido			
Se "Sim", preencha todos os espaços abaixo:			
Virus influenza: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado Se positivo, tipo: _____			
Coronavírus: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado Se positivo: <input type="checkbox"/> SARS-CoV <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Outro _____			
Outro agente patogénico respiratório: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado Se positivo, especifique: _____			
Febre hemorrágica viral: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado Se positivo, especifique o vírus: _____			
Outro agente patogénico de interesse para a saúde pública detetado: Se "Sim", especifique: _____			
Malária por plasmodium falciparum: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado Malária não provocada por plasmodium falciparum: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado			
VIH: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> 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
Bronquite	<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	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se "Sim", especifique: _____
MEDICAÇÃO: Foi administrado algum dos seguintes durante o internamento ou no momento da alta?			
Fluidos orais/por via oral/gástrica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido			
Fluidos intravenosos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido			
Antivirais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se "Sim": <input type="checkbox"/> Oseltamivir <input type="checkbox"/> Lopinavir/Ritonavir <input type="checkbox"/> Inibidor da neuraminidase			
Ointerferão alfa <input type="checkbox"/> Ointerferão beta <input type="checkbox"/> Outro, especifique: _____			
Antibiótico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se sim, especifique: _____			
Corticosteróides? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se "Sim", via: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Inalado			
Se "Sim", especifique o agente e a dose máxima diária: _____			
Agente antifúngico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se sim, especifique: _____			
Agente antimalárico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se sim, especifique: _____			
Agente experimental? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se sim, especifique: _____			
Anti-inflamatório não esteroide (AINE) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se "Sim", especifique: _____			

Anemia

Selecione a opção "Sim" se os níveis de hemoglobina forem inferiores aos intervalos específicos da idade e sexo listados abaixo.

Idade e sexo	Limiars de hemoglobina	
	g/L	mmol/L
Idade 6 meses a 5 anos	110	6,8
Idade 5-12 anos	115	7,1
Idade 12-15 anos	120	7,4
Idade >15 anos, mulheres não grávidas	120	7,4
Mulheres grávidas	110	6,8
Idade >15 anos, homens	130	8,1

Arritmia cardíaca

Se for identificada arritmia cardíaca e não existir um registo prévio da mesma, selecione a opção "Sim".

Pneumonia

Selecione a opção "Sim" nos casos de pneumonia com diagnóstico radiológico ou se o diagnóstico do doente no momento da alta tiver sido registado como "pneumonia".

Bronquiolite

Diagnóstico clínico, geralmente em crianças com <2 anos de idade.

Síndrome de dificuldade respiratória aguda (SDRA)

Definida de acordo com os critérios de Berlim como:

- ocorrendo no prazo de 1 semana após o início clínico conhecido ou agravamento dos sintomas respiratórios
- opacidades radiológicas bilaterais não totalmente explicáveis por efusões, colapso do lobo/pulmão ou nódulos
- insuficiência respiratória não totalmente explicável pela insuficiência cardíaca ou sobrecarga de fluidos

Bacteremia

Desenvolvimento de bactérias numa cultura de sangue. Selecione a opção "Não" se as únicas bactérias desenvolvidas constituam contaminantes da pele (estafilococos coagulase negativos ou difteroides).

Hemorragia

Selecione a opção "Sim" nos casos de hemorragia em qualquer ponto.

Endocardite

Inflamação bacteriana ou estéril e formação de vegetações no endocárdio, nas válvulas nativas ou nas válvulas protéticas.

MÓDULO 3: a preencher no momento da alta/em caso de morte

DIAGNÓSTICO/TESTES A AGENTES PATOGENICOS			
Foi realizado raio-X/TC torácico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se "Sim": com presença de infiltrados? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido			
Foi realizado teste de agentes patogénicos durante este episódio de doença? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se "Sim", preencha todos os espaços abaixo:			
Virus Influenza: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado Se positivo, tipo _____			
Coronavírus: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado Se positivo: <input type="checkbox"/> SARS-CoV <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Outro _____			
Outro agente patogénico respiratório: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado Se positivo, especifique _____			
Febre hemorrágica viral: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado Se positivo, especifique o vírus _____			
Outro agente patogénico de interesse para a saúde pública detetado: Se "Sim", especifique: _____			
Malária por Plasmodium falciparum: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado Malária não provocada por Plasmodium falciparum: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado			
VIH: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se "Sim", especifique _____
MEDICAÇÃO: Foi administrado algum dos seguintes durante o internamento ou no momento da alta?			
Fluidos orais/por via orogástrica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Fluidos intravenosos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido			
Antivirais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se "Sim": O Ribavirina O Lopinavir/Ritonavir O Inibidor da neuraminidase O Interferão alfa O Interferão beta O Outro, especifique: _____			
Antibiótico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se sim, especifique: _____			
Corticosteróides? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se "Sim", via: O Oral O Intravenosa O Inalado Se "Sim", especifique o agente e a dose máxima diária: _____			
Agente antifúngico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se sim, especifique: _____			
Agente antimalárico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se sim, especifique: _____			
Agente experimental? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se sim, especifique: _____			
Anti-inflamatório não esteroide (AINE) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se "Sim", especifique: _____			

Miocardite/pericardite

Inflamação do coração ou pericárdio (revestimento exterior do coração). O diagnóstico pode ser clínico, bioquímico (enzimas cardíacas) ou radiológico.

Lesão renal aguda

A lesão renal aguda é definida como a presença de:

- aumento da creatinina sérica em $\geq 0,3$ mg/dL ($\geq 26,5$ μ mol/L) no prazo de 48 horas
- aumento da creatinina sérica $\geq 1,5$ vezes em relação ao valor inicial, que se saiba ou presuma que tenha ocorrido nos 7 dias anteriores
- volume de urina $< 0,5$ mL/kg/hora durante 6 horas

Pancreatite

Inflamação do pâncreas, diagnosticada através de evidências clínicas, bioquímicas, radiológicas ou histológicas.

Alteração da função hepática

Definida como:

- icterícia clínica
- hiperbilirrubinemia (nível de bilirrubina no sangue no dobro do limite superior do intervalo normal)
- aumento da alanina aminotransferase ou aspartato aminotransferase (dobro do limite superior do intervalo normal)

Cardiomiopatia

Selecione a opção "Sim" nos casos de cardiomiopatia diagnosticada durante este internamento.

Outro

Indique quaisquer outras complicações graves durante a estadia do doente no hospital.

17. MEDICAÇÃO

Indique se o doente recebeu algum destes fármacos durante a sua permanência no hospital até ao dia da alta médica, inclusive.

MÓDULO 3: a preencher no momento da alta/em caso de morte

DIAGNÓSTICO/TESTES A AGENTES PATOGENICOS			
Foi realizado raio-X/TC torácico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se "Sim": com presença de infiltrados? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido			
Foi realizado teste de agentes patogênicos durante este episódio de doença? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se "Sim", preencha todos os espaços abaixo:			
Virus Influenza: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado Se positivo, tipo _____			
Coronavírus: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado Se positivo: <input type="checkbox"/> SARS-CoV <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Outro _____			
Outro agente patogénico respiratório: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado Se positivo, especifique _____			
Febre hemorrágica viral: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado Se positivo, especifique o vírus _____			
Outro agente patogénico de interesse para a saúde pública detetado: Se "Sim", especifique: _____			
Malária por Plasmodium falciparum: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado Malária não provocada por Plasmodium falciparum: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado			
VIH: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> 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
Bronquite	<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	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se "Sim", especifique _____
MEDICAÇÃO: Foi administrado algum dos seguintes durante o internamento ou no momento da alta?			
Fluidos orais/por via oral? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Fluidos intravenosos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido			
Antivirais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se "Sim": <input type="checkbox"/> Oseltamivir <input type="checkbox"/> Lopinavir/Ritonavir <input type="checkbox"/> Inibidor da neuraminidase <input type="checkbox"/> Interferão alfa <input type="checkbox"/> Interferão beta <input type="checkbox"/> Outro, especifique: _____			
Antibiótico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se sim, especifique: _____			
Corticosteróides? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se "Sim", via: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Inalada Se "Sim", especifique o agente e a dose máxima diária: _____			
Agente antifúngico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se sim, especifique: _____			
Agente antimalárico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se sim, especifique: _____			
Agente experimental? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se sim, especifique: _____			
Anti-inflamatório não esteróide (AINE) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido Se "Sim", especifique: _____			

18. CUIDADOS DE SUPORTE

Em todas as questões que envolvam duração, conte o número de dias de calendário em que o doente recebeu o tratamento. Para os tratamentos que foram suspensos e reiniciados, conte os dias em que o tratamento foi administrado mas não conte os dias de calendário em que o tratamento não foi administrado.

Internamento na UCI ou unidade de alta dependência

Se o doente faleceu na UCI/UAD, ou se tiver sido transferido da UCI/UAD do seu centro para a UCI/UAD de outro hospital, selecione a opção "UCI após alta", caso contrário registre a data na qual o doente recebeu alta da UCI/UAD.

19. RESULTADOS

Resultado

Selecione apenas um resultado.

"Alta" significa que o doente recebeu alta médica para o seu local habitual de residência antes da doença, para a casa de um familiar ou amigo ou para uma instituição social, porque a sua doença não mostra ser suficientemente severa para exigir tratamento em serviços médicos.

"Hospitalizado" significa que o doente ainda permanece no hospital mas está já recuperado da COVID-19 e o formulário foi preenchido porque o doente se encontra num serviço do hospital para receber tratamento para outras doenças, e nos casos em que o formulário não será preenchido numa data posterior.

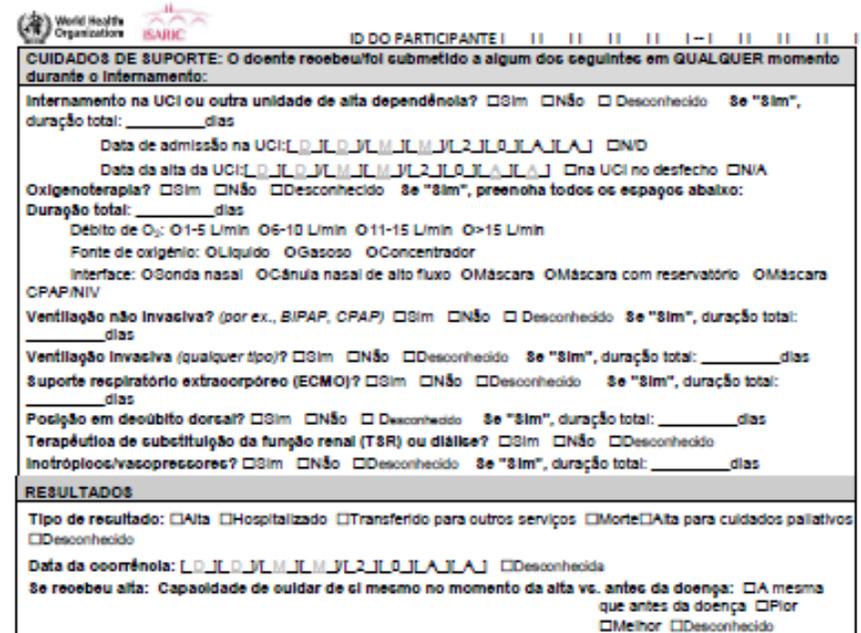
"Transferido para outros serviços" significa que o doente foi transferido para outros serviços que prestam cuidados médicos. Pode tratar-se de um centro especializado em cuidados intensivos ou um espaço dedicado à reabilitação. Não inclui serviços que apenas prestam cuidados sociais (estes doentes devem ser listados na opção "Alta").

"Morte" significa que o doente faleceu no hospital.

"Alta para cuidados paliativos" significa que o doente recebeu alta médica com a expectativa de que não irá recuperar desta doença ou de outros problemas concomitantes. Pode tratar-se de uma unidade de cuidados paliativos especializada ou a sua residência habitual com medicação adequada a doentes terminais.

Data da ocorrência

Indique a data do resultado acima listado.



The image shows a portion of a clinical trial form for COVID-19. It includes the WHO and ISARIC logos at the top left. The form is titled 'CUIDADOS DE SUPORTE: O doente recebeu/foi submetido a algum dos seguintes em QUALQUER momento durante o internamento:'. It contains several sections with checkboxes and dropdown menus for recording patient care and outcomes. The 'CUIDADOS DE SUPORTE' section includes questions about ICU admission, oxygen therapy, CPAP/NIV, and ventilator use. The 'RESULTADOS' section includes questions about the type of outcome (e.g., discharge, death, transfer) and the date of occurrence.



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