



Novo CORONAVIRUS (nCoV)

FERRAMENTA DE COLETA DE DADOS PARA CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DE INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA

ESTRUTURA DA FICHA CLÍNICA (CRF)

Essa CRF é dividida em uma ficha “principal” e uma ficha “diária” para inserção dos dados laboratoriais e clínicos diários. Preencher a CRF principal no momento da internação no hospital ou na UTI.

Preencher a CRF diária no primeiro dia de internação no hospital ou na UTI e diariamente até a alta ou a morte.

ORIENTAÇÕES GERAIS

- A CRF foi desenhada para coleta de dados obtidos a partir de avaliação, entrevista e revisão de prontuário. Os dados podem ser coletados retrospectivamente se o paciente for incluído após a data da internação.

- O Código de Identificação do Participante (PID) consiste em um código com 3 dígitos do centro de pesquisa e o número do participante, com 4 dígitos.

Você pode obter o código do centro de pesquisa e se registrar no sistema de gerenciamento de dados através do e-mail ncov@isaric.org. Os números dos participantes devem ser atribuídos seqüencialmente para cada centro, começando com 0001. No caso de um único centro de pesquisa recrutar paciente em diferentes alas, ou em algum local que seja difícil atribuir números seqüenciais, é aceitável atribuir números em blocos ou incorporar letras. Por exemplo: Ala A atribuirá número a partir de 0001 ou A001 e Ala Y atribuirá números a partir de 5001 ou B001.

O Código de Identificação do Participante deve ser inserido no topo de todas as páginas.

- Os dados devem ser inseridos na base de dados central (REDCap) em <https://ncov.medsci.ox.ac.uk/> ou na base de dados independente da sua rede/centro de pesquisa. Podem ser usadas CRFs de papel impresso para posterior transferência dos dados para a base eletrônica.

- No caso do participante ser transferido entre os centros de pesquisa, é preferível manter o mesmo PID inicial. Quando isso não for possível, é fornecido um espaço para registrar o novo PID.

- Complete todas as linhas de cada seção, exceto onde as instruções dizem para pular uma seção com base em certas respostas.

- Perguntas múltipla escolha com caixas quadradas () são de respostas únicas (escolha uma resposta apenas). Perguntas múltipla escolha com círculos (o) são de várias respostas (podem ser escolhidas quantas respostas forem aplicáveis).

- Marque 'N/A' para qualquer resultado laboratorial que não estiver disponível, não for aplicável ou for desconhecido.

- Evite preencher dados fora das áreas marcadas. Existem seções disponíveis para registro de informações adicionais.

- Se utilizar CRF em papel, é recomendado que seja escrito claramente com tinta, usando LETRAS MAIÚSCULAS.

- Coloque um (X) na resposta correspondente. Para realizar correções risque (----) os dados que você deseja corrigir e escreva o dado correto acima. Coloque inicial e data em todas as correções.

- Mantenha todas as folhas de um único participante juntas, por exemplo, com uma pasta exclusiva do participante.

- Transfira todos os dados da CRF em papel para a base de dados eletrônica. Todos os CRFs em papel precisam ser armazenados localmente. Nenhum formulário com informações que identifiquem o paciente deve ser enviado por e-mail ou correio. Todos os dados devem ser transferidos para a base de dados eletrônica.

- Digite os dados no sistema de captura eletrônica de dados (REDCap) em <https://redcap.medsci.ox.ac.uk/>. Se o seu centro de pesquisa desejar coletar dados de forma independente, teremos prazer em apoiar o estabelecimento de bancos de dados hospedados localmente.

- Por favor, entre em contato conosco em ncov@isaric.org se pudermos ajudar com a base de dados, se você tiver comentários e para nos informar que está usando os formulários.

FICHA CLÍNICA PRINCIPAL**CRITÉRIO DE INCLUSÃO CLÍNICO**Suspeita ou diagnóstico de Infecção pelo novo Coronavirus (nCoV) como principal causa da internação: SIM NÃO**FATORES EPIDEMIOLÓGICOS**

Nos 14 dias anteriores ao início da doença, o paciente teve:

História de viagem para lugar com casos documentados de infecção nCoV Sim Não N/AContato próximo* com caso confirmado ou provável de infecção por nCoV, enquanto esse paciente era assintomático Sim Não N/APresença em algum estabelecimento de saúde onde houve manejo de casos de infecções por nCoV Sim Não N/APresença em laboratório que manipula amostras de nCoV suspeitas ou confirmadas Sim Não N/AContato direto com animais em países onde se sabe que o nCoV circula em populações animais ou onde infecções humanas ocorreram como resultado de suposta transmissão zoonótica Sim Não N/A

* Contato próximo é definido como:

- Exposição associada a cuidados de saúde, incluindo cuidados diretos a pacientes com nCoV. Por exemplo: profissionais de saúde, trabalhando com profissionais de saúde infectados pelo nCoV, visita a pacientes ou estar no mesmo ambiente que um paciente com nCoV, ou exposição direta a fluidos corporais ou amostras, incluindo aerossóis.
- Trabalha junto em ambientes próximos ou dividir a mesma sala de aula com um paciente com nCoV.
- Viajar junto com um paciente com nCoV em qualquer tipo de transporte.
- Viver na mesma casa que um paciente com nCoV.

FICHA CLÍNICA PRINCIPAL

DEMOGRÁFICOS
Nome Centro Clínico: _____ País: _____
Data inscrição: [_D][_D]/[_M][_M]/[_2][_0][_Y][_Y]
<p>Grupo étnico (verifique as possibilidades): <input type="radio"/> Árabe <input type="radio"/> Negro <input type="radio"/> Leste Asiático <input type="radio"/> Sul Asiático <input type="radio"/> Sul Asiático <input type="radio"/> Latinoamericano <input type="radio"/> Branco</p> <p><input type="radio"/> Aborígene/Primeiras Nações <input type="radio"/> Outras: _____</p> <p>Empregado como profissional de saúde? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Empregado em um laboratório de microbiologia? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Sexo nascimento: <input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Fêmea <input type="checkbox"/> Não especificado</p> <p>Idade estimada [_][_]anos ou [_]meses</p> <p>Gravidez? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Desconhecido Se Sim: Avaliação das semanas gestacionais : [_][_] semanas</p>
<p>Pós-parto? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A (se Não ou N/A pule esta seção - vá para INFÂNCIA)</p> <p>Resultado da gravidez: <input type="checkbox"/> Nascido vivo <input type="checkbox"/> Nascido morto Data deliberada: [_D][_D]/[_M][_M]/[_2][_0][_Y][_Y]</p> <p>Bebê testado para infecção por IRA da mãe? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A Se Sim: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Método: <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Outro: _____</p>
<p>INFÂNCIA – Menor que 1 ano de idade? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO (Se Não pule esta seção)</p> <p>Peso nascimento: [_][_].[_]kg or [_]lbs <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Resultado gestacional: <input type="checkbox"/> Termo nascimento (≥37wk GA) <input type="checkbox"/> Pré-termo nascimento (<37wk GA) <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Amamentado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A Se Sim: <input type="checkbox"/> Amamentado atualmente <input type="checkbox"/> Amamentação descontinuada em [_][_]semanas <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Desenvolvimento adequado para a idade? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido</p> <p>Vacinas apropriadas para a idade / país? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> N/A</p>

IDENTIFICAÇÃO PARTICIPANTE: _____

IDENTIFICAÇÃO PARTICIPANTE: _____

FICHA CLÍNICA PRINCIPAL

COMORBIDADES			
Comorbidades e fatores de risco – Índice de Charlson deve ser calculado para cada paciente na análise			
Doença cardíaca crônica, incluindo, doença cardíaca congênita (não hipertensão)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A	Obesidade (conforme definido pela equipe clínica)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A
Doença pulmonar crônica (não asma)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A	Diabetes com complicações	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A
Asma (diagnosticada pelo médico)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A	Diabetes sem complicações	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A
Doença renal crônica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A	Distúrbios reumatológicos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A
Doença hepática moderada ou grave	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A	Demência	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A
Doença hepática leve	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A	Desnutrição	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A
Doença neurológica crônica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A	Fumante	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Nunca fumou <input type="checkbox"/> Ex-fumante
Neoplasia maligna	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A	Outro fator de risco relevante	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A
Doença hematológica crônica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A	Se sim, especificar: _____	
AIDS / HIV	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A	_____	
INÍCIO E INTERNAÇÃO			
Data de início do primeiro sintoma: [] [] [] / [] [] [] / [] [] [] [] [] []			
Data de internação neste centro: [] [] [] / [] [] [] / [] [] [] [] [] []			
Tempo de internação (formato 24-hr): [] [] [] / [] [] [] []			
Transferido de outro local? <input type="checkbox"/> SIM - de um centro de pesquisa do estudo <input type="checkbox"/> SIM - não é um centro de pesquisa do estudo <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A Se SIM: Nome do local de transferência: _____ <input type="checkbox"/> N/A			
Se sim: Data de internação no local de transferência (DD/MM/AAAA): [] [] [] / [] [] [] [] / [] [] [] [] [] [] <input type="checkbox"/> N/A			
Se sim - Centro de Pesquisa do Estudo: ID do Participante # no centro transferido: <input type="checkbox"/> Mesmo acima <input type="checkbox"/> Diferente: [] [] [] - [] [] [] [] <input type="checkbox"/> N/A			
Viagem nos 14 dias anteriores ao primeiro sintoma? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido			
Se sim, locais e datas: País: _____ Cidade/Área Geográfica: _____			
Data de retorno: [] [] [] / [] [] [] / [] [] [] [] [] [] <input type="checkbox"/> N/A (mais espaço ao fim, caso necessário)			
Contato com animais, carne crua ou picadas de insetos nos 14 dias anteriores ao início dos sintomas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> N/A Se SIM, complete a seção de EXPOSIÇÃO ANIMAL			

IDENTIFICAÇÃO PARTICIPANTE: _____

SINAIS E SINTOMAS NA ADMISSÃO HOSPITALAR (primeiros dados disponíveis na apresentação / admissão - dentro de 24 horas)	
Temperatura: [] [] [] [] °C ou [] [] °F FC: [] [] [] bpm FR: [] [] rpm PA Sistólica: [] [] [] mmHg PA diastólica: [] [] [] mmHg Desidratação severa: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido Preenchimento capilar > 2 segundos <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido SaO ₂ : [] [] [] % Em: <input type="checkbox"/> ar ambiente <input type="checkbox"/> oxigenoterapia <input type="checkbox"/> N/A	
Sinais e sintomas de admissão (observados / relatados na admissão e associados a este episódio de doença aguda)	
História de febre	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido
Tosse	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido
com produção de escarro	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido
escarro com sangue / hemoptise	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido
Dor de garganta	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido
Corrimento nasal (rinorréia)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido
Dor de ouvido	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido
Sibilos	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido
Dor no peito	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido
Dores musculares (mialgia)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido
Dor nas articulações (artralgia)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido
Fadiga / Mal-estar	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido
Falta de ar (dispnéia)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido
Rebaixamento da parede torácica inferior	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido
Dor de cabeça	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido
Consciência alterada / confusão	<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
Dor abdominal	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido
Vômitos / Náusea	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido
Diarreia	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido
Conjuntivite	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido
Erupção cutânea	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido
Úlceras na pele	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido
Linfadenopatia	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido
Sangramento (hemorragia)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido
Se sangramento: especifique local (ais):	_____

IDENTIFICAÇÃO PARTICIPANTE: _____

TESTE DE PATÓGENOS:				
<p>O teste de patógenos foi realizado durante esse episódio da doença? <input type="checkbox"/> SIM (seção completa) <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N / A</p> <p>Influenza: <input type="checkbox"/> SIM- Confirmado <input type="checkbox"/> SIM- Provável <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Se SIM: <input type="checkbox"/> A / H3N2 <input type="checkbox"/> A / H1N1pdm09 <input type="checkbox"/> A / H7N9 <input type="checkbox"/> A / H5N1 <input type="checkbox"/> A, não digitado <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Outros: _____</p> <p>Coronavírus: <input type="checkbox"/> SIM- Confirmado <input type="checkbox"/> SIM- Provável <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Se SIM: Co Novel CoV <input type="checkbox"/> MERS CoV <input type="checkbox"/> Outro CoV: _____</p> <p>RSV: <input type="checkbox"/> SIM- Confirmado <input type="checkbox"/> SIM- Provável <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Adenovírus: <input type="checkbox"/> SIM- Confirmado <input type="checkbox"/> SIM- Provável <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Bactéria: <input type="checkbox"/> Sim - confirmado: <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Outro diagnóstico respiratório infeccioso: <input type="checkbox"/> SIM- Confirmado <input type="checkbox"/> SIM- Provável <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Se sim, para "Outro diagnóstico respiratório infeccioso", especifique: _____</p> <p>Pneumonia: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Desconhecido</p> <p>Se NENHUM DOS ACIMA: Suspeita Não infeccioso: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> N / A</p>				
Data da Coleta	Tipo de bioespécime	Método de teste de laboratório	Resultado	Patógeno testado / detectado
___/___/20__	<input type="checkbox"/> Swab nasal <input type="checkbox"/> Swab nasofaríngeo <input type="checkbox"/> Swab garganta <input type="checkbox"/> Combinação swab nasal + garganta <input type="checkbox"/> Escarro <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> ETA <input type="checkbox"/> Urina <input type="checkbox"/> Fezes / Swab retal <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Outro, especifique: _____	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Cultura <input type="checkbox"/> Outro, Especifique: _____	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> N / A	
___/___/20__	<input type="checkbox"/> Swab nasal <input type="checkbox"/> Swab nasofaríngeo <input type="checkbox"/> Swab garganta <input type="checkbox"/> Combinação swab nasal + garganta <input type="checkbox"/> Escarro <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> ETA <input type="checkbox"/> Urina <input type="checkbox"/> Fezes / Swab retal <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Outro, especifique: _____	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Cultura <input type="checkbox"/> Outro, Especifique: _____	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> N / A	
___/___/20__	<input type="checkbox"/> Swab nasal <input type="checkbox"/> Swab nasofaríngeo <input type="checkbox"/> Swab garganta <input type="checkbox"/> Combinação swab nasal + garganta <input type="checkbox"/> Escarro <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> ETA <input type="checkbox"/> Urina <input type="checkbox"/> Fezes / Swab retal <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Outro, especifique: _____	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Cultura <input type="checkbox"/> Outro, Especifique: _____	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> N / A	

IDENTIFICAÇÃO PARTICIPANTE: _____

<p>___/___/20___</p>	<input type="checkbox"/> Swab nasal <input type="checkbox"/> Swabnasofaríngeo <input type="checkbox"/> Swab garganta <input type="checkbox"/> Combinação swab nasal + garganta <input type="checkbox"/> Escarro <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> ETA <input type="checkbox"/> Urina <input type="checkbox"/> Fezes / Swab retal <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Outro, especifique: _____	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Cultura <input type="checkbox"/> Outro, Especifique: _____	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> N / A	
<p>___/___/20___</p>	<input type="checkbox"/> Swab nasal <input type="checkbox"/> Swabnasofaríngeo <input type="checkbox"/> Swab garganta <input type="checkbox"/> Combinação swab nasal + garganta <input type="checkbox"/> Escarro <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> ETA <input type="checkbox"/> Urina <input type="checkbox"/> Fezes / Swab retal <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Outro, especifique: _____	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Cultura <input type="checkbox"/> Outro, Especifique: _____	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> N / A	

IDENTIFICAÇÃO PARTICIPANTE: _____

FICHA CLÍNICA (preencha um formulário na admissão, um formulário na admissão na UTI e diariamente até 14 dias ou até a alta ou a morte, se mais cedo).

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DIÁRIA (na admissão, em qualquer admissão na UTI e depois diariamente) - complete todas as linhas	
Dia Zero UCI	<p>DATA DA AVALIAÇÃO (DD / MM / AAAA): <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Registre o pior valor entre 00:00 e 24:00 no dia da avaliação (se NÃO disponível, escreva 'N/A'):</p> <p>Admissão atual no UTI / CTI / UCI / UADC? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N / A</p> <p>Registre o pior valor (nas últimas 24 horas (se não disponível, escreva 'N / A')):</p> <p>Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO FiO2 (0,21-1,0) <input type="text"/>. <input type="text"/> <input type="text"/> ou <input type="text"/> <input type="text"/> L / min</p> <p>Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SaO2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %</p> <p>Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO PaO2 no tempo de FiO2 acima de <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> kPa ou <input type="checkbox"/> mmHg</p> <p>Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO PaO2 tipo de amostra: <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Venoso <input type="checkbox"/> Capilar <input type="checkbox"/> N / A</p> <p>Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO A partir do mesmo registro de gases no sangue da PaO2</p> <p>PCO2 _____ <input type="checkbox"/> kPa ou <input type="checkbox"/> mmHg</p> <p>Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO pH _____</p> <p>Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO HCO3- _____ mEq / L</p> <p>Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Excesso de base _____ mmol / L</p> <p>AVPU Alerta <input type="checkbox"/> Dor verbal <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Não responde <input type="checkbox"/></p> <p>Escala de coma de Glasgow (GCS / 15) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Escala de agitação e sedação de Richmond (RASS) <input type="text"/></p> <p>Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Escala de sedação e agitação de Riker (SAS) <input type="text"/></p> <p>Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Pressão arterial sistólica <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg</p> <p>Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Pressão arterial diastólica <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg</p> <p>Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Média da pressão arterial <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg</p> <p>Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Taxa de fluxo urinário <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL / 24 horas <input type="checkbox"/> Verifique se estimado</p> <p>O paciente está recebendo ou recebeu (entre as 00:00 e as 24:00 no dia da avaliação) (aplica-se a todas as perguntas nesta seção):</p> <p>Ventilação não invasiva (por exemplo BIPAP, CPAP)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N / A</p> <p>Ventilação invasiva? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N / A</p> <p>Suporte extra de vida corporal (ECLS)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N / A</p> <p>Oxigenoterapia com cânula nasal de alto fluxo <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N / A</p> <p>Diálise / Hemofiltração? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N / A</p> <p>Algum suporte vasopressor / inotrópico? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO (se NÃO, responda às próximas 3 perguntas NÃO) <input type="checkbox"/> N / A</p> <p>Dopamina <5µg / kg / min OU Dobutamina OU milrinona OU levosimendana: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Dopamina 5-15µg / kg / min OU Epinefrina / Norepinefrina <0,1µg / kg / min OU vasopressina OU fenilefrina: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Dopamina > 15µg / k / min OU Epinefrina / Norepinefrina > 0,1µg / kg / min: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Agentes bloqueadores neuromusculares? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N / A</p> <p>Óxido nítrico inalado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N / A</p> <p>Traqueostomia inserida? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N / A</p> <p>Posicionamento propenso? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N / A</p> <p>Outra intervenção ou procedimento: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N / A Se SIM, especifique:</p>

(Se doente sedado, colocar valores de AVPU e GCS prévios à sedação)

Temperatura: °C ou °F FC: bpm FR: rpm

IDENTIFICAÇÃO PARTICIPANTE: _____

FICHA CLÍNICA (preencha um formulário na admissão, um formulário na admissão na UTI e diariamente até 14 dias ou até a alta ou a morte, se mais cedo).

RESULTADOS DIÁRIOS DO LABORATÓRIO (na admissão, em qualquer admissão noCTI e depois diariamente) - complete todas as linhas
DATA DA AVALIAÇÃO (DD / MM / AAAA): [] [] / [] [] / [] [] [] [] Registre o pior valor entre 00:00 e 24:00 no dia da avaliação (se NÃO disponível, escreva 'N / A'): 'N / A':
Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Hemoglobina _____ g / L ou <input type="checkbox"/> g / dL Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Contagem de leucócitos _____ <input type="checkbox"/> x109 / L ou <input type="checkbox"/> x103 / μ L Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Contagem de linfócitos _____ <input type="checkbox"/> células / μ L Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Contagem de neutrófilos _____ <input type="checkbox"/> células / μ L Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Hematócrito [] [] % Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Plaquetas _____ <input type="checkbox"/> x109 / L ou <input type="checkbox"/> x103 / μ L Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO APTT/APTR _____ Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO PT _____ segundos Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO INR _____
Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ALT / SGPT _____ U / L Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Bilirrubina total _____ <input type="checkbox"/> μ mol / L ou <input type="checkbox"/> mg / dL Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO AST / SGOT _____ U / L Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO glicose _____ <input type="checkbox"/> mmol / L ou <input type="checkbox"/> mg / dL Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Nitrogênio da uréia no sangue (uréia) _____ <input type="checkbox"/> mmol / L ou <input type="checkbox"/> mg / dL Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Lactato _____ <input type="checkbox"/> mmol / L ou <input type="checkbox"/> mg / dL Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Creatinina _____ <input type="checkbox"/> μ mol / L ou <input type="checkbox"/> mg / dL Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Sódio [] [] [] [] mEq / L Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Potássio [] [] . [] [] mEq / L Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NO Procalcitonina [] [] . [] [] ng / mL Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO CRP [] [] [] . [] [] mg / L Realizado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO LDH _____ U / L Radiografia de tórax realizada <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N / A - SE SIM: Havia infiltrado presente? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N / A

IDENTIFICAÇÃO PARTICIPANTE: _____

FICHA CLÍNICA PRINCIPAL

COMPLICATIONS: At any time during hospitalisation did the patient experience:								
Pneumonia viral	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A	Parada Cardíaca	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A	
Pneumonia bacteriana	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A	Bacteremia	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A	
Síndrome da infecção aguda grave (Acute Respiratory Distress Syndrome)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A	Distúrbio da coagulação / Coagulação intravascular disseminada	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A	
Se sim, especificar:	<input type="checkbox"/> Suave <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/> Desconhecida			Anemia	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	
Pneumotórax	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A	Rabdomiólise / Miosite	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A	
Efusão pleural	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A	Lesão renal aguda / Insuficiência renal aguda	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A	
Pneumonia da organização crioptogénica (POC)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A	Hemorragia gastrointestinal	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A	
Bronquiolite	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A	Pancreatite	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A	
Meningite / Encefalite	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A	Disfunção no fígado	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A	
Apreensão	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A	Hiperglicemia	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A	
Acidente vascular encefálico	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A	Hipoglicemia	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A	
Insuficiência cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A	Outro	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A	
Endocardite / Miocardite / Pericardite	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A	Se sim especificar: _____				
Arritmia cardíaca	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A	_____				
Isquemia Cardíaca	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A	_____				

IDENTIFICAÇÃO PARTICIPANTE: _____

FICHA CLÍNICA PRINCIPAL

TRATAMENTO: A qualquer momento durante a hospitalização, o paciente recebeu / foi submetido a:Internação em UTI ou Unidade de Alta Dependência? SIM NÃO N/A Se Sim, duração: ____ dias.Se sim, data da Internação em UTI: [D][D]/[M][M]/[2][0][Y][Y] N/AData da alta UTI: [D][D]/[M][M]/[2][0][Y][Y] N/AOxigenioterapia? SIM NÃO N/AVentilação não-invasiva? (e.x. BIPAP, CPAP) SIM NÃO N/AVentilação invasiva (qualquer)? SIM NÃO N/A Se Sim, duração total: _____ diasVentilação propensa? SIM NÃO N/AÓxido nítrico inalado? SIM NÃO N/ATraqueostomia? SIM NÃO N/ASuporte extracorpóreo? SIM NÃO N/ATerapia de substituição renal (TSR) or diálise? SIM NÃO N/AInotrópicos/Vasopressores? SIM NÃO N/ASe Sim: Início/Data início: [D][D]/[M][M]/[2][0][Y][Y] N/ATérmino/Data fim: [D][D]/[M][M]/[2][0][Y][Y] N/A

Outros procedimentos de intervenção (especifique por favor): _____

MEDICAÇÃO: Enquanto hospitalizado ou na alta, algum dos seguintes foi administrado?Antiviral? SIM NÃO N/A Se sim: Ribavirina Lopinavir / Ritonavir Alfa interferon Beta interferon Inibidor da neuraminidase Outro _____Antibiótico? SIM NÃO N/ACorticóide? SIM NÃO N/A Se sim, Via: Oral intravenosa inalatória

Se sim, por favor especifique o tipo e a dose: _____

Antifúngico? SIM NÃO N/A



IDENTIFICAÇÃO PARTICIPANTE: _____

FICHA CLÍNICA PRINCIPAL

RESULTADO

Outcome: Recebeu alta Hospitalizado Transferido de outra unidade Morto Alta com cuidados paliativos Desconhecido

Data ocorrido: [][_][_]/[][_][_]/[2_][_0][][_][_][_] N/A

Se continuar vivo:

Capacidade de autocuidado na alta versus antes da doença : Igual a antes da doença Pior Melhor N/A

Se continuar vivo: Tratamento:

Oxigenio terapia? SIM NÃO N/A

Diálise/tratamento renal? SIM NÃO N/A

Outra intervenção ou procedimento? SIM NÃO N/A

Se sim: especifique (permitido vários):

Se transferido: Nome responsável: _____ N/A

Se transferido: A instalação de transferência é um local de estudo ? SIM NÃO N/A

Se é o local de estudo: ID participante na nova instalação: Mesma de antes Diferente: [][_][_][_]-[][_][_][_]
 N/A

IDENTIFICAÇÃO PARTICIPANTE: _____


FICHA CLÍNICA PRINCIPAL

VIAGEM: O paciente viajou nos 14 dias anteriores ao primeiro sintoma? Se > 1 local, liste-os e as datas:

País: _____ Cidade/Área Geográfica: _____ Data retorno (DD/MM/20YY): ____/____/20____

País: _____ Cidade/Área Geográfica: _____ Data retorno (DD/MM/20YY): ____/____/20____

País: _____ Cidade/Área Geográfica: _____ Data retorno (DD/MM/20YY): ____/____/20____

EXPOSIÇÃO A ANIMAIS: O paciente teve contato com animais vivos / mortos, picadas de carne crua ou insetos nos 14 dias anteriores ao início dos primeiros sintomas? SIM NÃO N/A SE SIM, Complete cada linha abaixo. Se sim, especifique o animal/inseto, tipo de contato e a data da exposição (DD/MM/AAAA) aqui: 

Aves (e.x. galinhas, perus, patos)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A	
Morcego:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A	
Gado (por exemplo, cabras, bois, camelos)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A	
Cavalo:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A	
Lebre/ Coelho:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A	
Porcos:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A	
Primatas não-humanos:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A	
Roedores (e.x. ratos, esquilos)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A	
Insetos ou picada de carrapato (por exemplo, carrapato, pulga, mosquito):	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A	
Répteis / Anfíbios:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A	
Animais domésticos que habitam (e.x. gatos, cachorros, outros):	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A	
Fezes de animais ou ninhos	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A	
Animais doentes ou mortos:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A	
Carne crua de animais / sangue animal	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A	
Caça selvagem sem pele, vestida ou comida	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A	
Animais oriundos de pets, fazendas ou zoo:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A	
Animais que foram sujeitos a cirurgia ou necropsia:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A	
Contato com outros animais:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A	