

**Plataforma Clínica Global para a COVID-19  
 COM MÓDULO DE GRAVIDEZ – CRF-P**

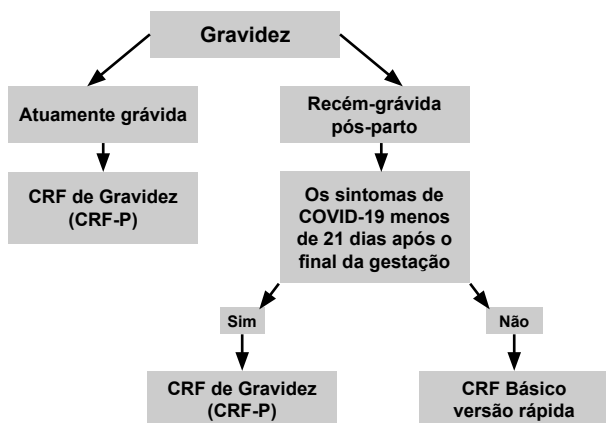
**INTRODUÇÃO**

Em resposta à pandemia de COVID-19, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou uma plataforma de informações clínicas anonimizadas (a “Plataforma de Dados COVID-19”) para que os Estados Partes do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (2005) possam compartilhar dados clínicos anonimizados com a OMS, relativos aos pacientes com suspeita ou confirmação de infecção por SARS-CoV-2 (coletivamente “dados anonimizados da COVID-19”). Os dados anonimizados da COVID-19 recebidos pela OMS continuarão sendo de propriedade da Entidade contribuidora e serão usados pela OMS para fins de verificação, avaliação e assistência de acordo com o RSI (2005), inclusive para informar as respostas da saúde pública e operação clínica relacionadas ao surto de COVID-19. No intuito de ajudar a alcançar esses objetivos, a OMS definiu um Grupo de Assessoria Clínica para aconselhar a OMS a respeito das notificações e análises globais dos dados clínicos de COVID-19 anonimizados. Os Estados Partes e outras entidades podem entrar em contato com a OMS para obter mais informações sobre como contribuir com dados clínicos anonimizados da COVID-19 para a Plataforma de Dados da OMS. A fim de preservar a segurança e a confidencialidade dos dados anonimizados da COVID-19, os Estados Partes e outras entidades são respeitosamente solicitados a tomar todas as medidas necessárias para proteger suas respectivas credenciais de *log-in* e senhas de acesso à Plataforma de Dados COVID-19.

Os dados anonimizados da COVID-19 serão armazenados na Plataforma de Dados COVID-19, que é uma plataforma eletrônica segura, de acesso limitado e protegida por senha. A OMS irá (i) proteger a confidencialidade e impedir a divulgação não autorizada dos dados anonimizados da COVID-19; (ii) implementar e manter medidas de segurança técnicas e organizacionais apropriadas para proteger a segurança dos dados anonimizados da COVID-19 e a Plataforma de Dados COVID-19. De acordo com o Artigo 11(4) do RSI (2005), a OMS não disponibilizará de forma geral os dados anonimizados da COVID-19 para outros Estados Partes ou entidades até que qualquer uma das condições estabelecidas no parágrafo 2 do artigo 11 seja satisfeita pela primeira vez, e após consulta aos países/entidades afetados. Conforme o mesmo Artigo 11, a OMS não disponibilizará os dados anonimizados da COVID-19 ao público a menos que e até que os dados anonimizados da COVID-19 já tenham sido disponibilizados aos Estados Partes, e desde que outras informações sobre a epidemia da COVID-19 já tenham sido disponibilizadas ao público e haja necessidade de divulgação de informações confiáveis e independentes. Para contribuir com dados para a Plataforma de Dados COVID-19 da OMS ou para receber mais informações, entre em contato: [COVID\\_ClinPlatform@who.int](mailto:COVID_ClinPlatform@who.int)

**ESTRUTURA DESTE FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE CASO DO MÓDULO DE GRAVIDEZ (CRF-P)**

O CRF destina-se a coletar dados obtidos através de exames, entrevista e análise de notas hospitalares. Os dados podem ser coletados retrospectivamente se as informações do paciente forem obtidas após a data da internação. O período de coleta de dados é definido como o período desde a internação hospitalar até a alta, transferência, óbito ou hospitalização continuada sem possibilidade de coleta continuada de dados. **Este CRF-P deve ser preenchido para mulheres grávidas ou recém-grávidas que deram à luz no prazo de 21 dias desde o início dos sintomas.** Se os sintomas de COVID-19 começaram mais de 21 dias após o final da gravidez, preencha o CRF Básico Rápido apenas.



**O CRF de Gravidez tem 3 seções:**

- Módulo 1:** deve ser preenchido no primeiro dia de internação na unidade de saúde.
- Módulo 2:** deve ser preenchido diariamente durante a internação hospitalar e pelo número de dias que os recursos permitirem. Continue a acompanhar os pacientes que são transferidos para outras alas.
- Módulo 3:** deve ser preenchido na alta ou no caso de óbito.

**ORIENTAÇÕES GERAIS**

Os números de identificação das participantes são compostos por um código do centro e um número de participante. Entre em contato conosco através de [COVID\\_ClinPlatform@who.int](mailto:COVID_ClinPlatform@who.int) e nossa equipe de gerenciamento de dados fornecerá instruções para a inserção de dados e atribuirá um código de 5 dígitos para o centro naquele momento.

**MÓDULO 1. Preencher no momento da internação hospitalar (no prazo de 24 horas da internação hospitalar)**

Nome da unidade \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_

Data de inscrição [ D ] [ D ] / [ M ] [ M ] / [ 2 ] [ 0 ] [ A ] [ A ]

1a. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO CLÍNICA		
Um ou mais sintomas durante essa enfermidade	Histórico de autorrelato de estado febril ou febre medida de $\geq 38^\circ\text{C}$ Tosse Dispneia (falta de ar) OU Taquipneia* Suspeita clínica apesar de não preencher os critérios acima	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

\* Taxa respiratória  $\geq 50$  respirações/min por < 1 ano;  $\geq 40$  por 1–4 anos;  $\geq 30$  por 5–12 anos;  $\geq 20$  por  $\geq 13$  anos

1b. DADOS DEMOGRÁFICOS
Sexo no nascimento <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Não especificado Data de nascimento [ D ] [ D ] / [ M ] [ M ] / [ A ] [ A ] [ A ] [ A ]
Caso a data de nascimento seja desconhecida, registre: Idade [ ] [ ] [ ] anos OU [ ] [ ] meses OU [ ] [ ] dias
Profissional de saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Funcionário de laboratório? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Grávida?* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N/A
Caso afirmativo: Avaliação das semanas gestacionais [ ] [ ] semanas
<i>Se estiver atualmente grávida ou esteve recentemente grávida (parto dentro de 21 dias após o início dos sintomas), preencha todas as seções deste CRF</i>

1c. DATA DE INÍCIO E SINAIS VITAIS NA INTERNAÇÃO
(primeiras informações disponíveis na apresentação/internação) – (Desc. = Desconhecido)
Início dos sintomas (data do primeiro sintoma/sintoma inicial) [ D ] [ D ] / [ M ] [ M ] / [ A ] [ A ] [ A ] [ A ]
Data de internação nesta unidade [ D ] [ D ] / [ M ] [ M ] / [ A ] [ A ] [ A ] [ A ]
Temperatura [ ] [ ]. [ ] $^\circ\text{C}$ Frequência cardíaca [ ] [ ] [ ] batimentos/min
Frequência respiratória [ ] [ ] respirações/min
PA [ ] [ ] [ ] (sistólica) [ ] [ ] [ ] (diastólica) mmHg Desidratação grave <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Tempo de enchimento capilar > 2 segundos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Saturação de oxigênio: [ ] [ ] [ ] % em <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Desc.
A V P U (circule uma opção)
Pontuação na escala de coma de Glasgow (GCS/15) [ ] [ ] Desnutrição <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Circunferência do braço [ ] [ ] [ ] mm Altura: [ ] [ ] [ ] cm Peso: [ ] [ ] [ ] kg

<b>1d. COMORBIDADES (existentes na internação) (Desc. = Desconhecido)</b>			
Doença cardíaca crônica (não hipertensão)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Hipertensão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Tabagismo atual	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Doença pulmonar Crônica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Tuberculose (ativa)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Asma	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Tuberculose (prévia)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Doença renal crônica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Asplenia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Doença hepática crônica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Neoplasia maligna	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Doença neurológica crônica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Outras	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
		Caso afirmativo, especifique: _____	
HIV <input type="checkbox"/> Sim (com TARV) <input type="checkbox"/> Sim (sem TARV) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc. Regime de TARV _____			

<b>1e. ANTES DA INTERNAÇÃO E MEDICAÇÃO CRÔNICA Algum dos medicamentos a seguir foi usado no período de 14 dias antes da internação: (Desc. = Desconhecido)</b>	
Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (inibidores da ECA)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Bloqueadores do receptor da angiotensina II (BRAs)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Antiviral? <input type="checkbox"/> Cloroquina/hidroxicloroquina <input type="checkbox"/> Azitromicina <input type="checkbox"/> Lopinavir/Ritonavir <input type="checkbox"/> Outros:	_____

<b>1f. SINAIS E SINTOMAS NA INTERNAÇÃO (Desc. = desconhecido)</b>			
Histórico de febre	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Depressão da parede torácica inferior	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Tosse	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Cefaleia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
com expectoração	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Alteração da consciência/confusão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
com hemoptise	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Convulsões	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Dor de garganta	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Dor abdominal	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Coriza (rinorréia)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Vômito/náusea	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Sibilância	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Diarreia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Dor no peito	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Conjuntivite	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Dores musculares (mialgia)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Erupção cutânea	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Dor nas articulações (artralgia)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Úlceras na pele	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Fadiga/mal-estar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Linfadenopatia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Perda do paladar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Impossibilidade de andar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Perda de olfato	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Sangramento	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Falta de ar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Se houver sangramento, especificar o(s) local(is):	_____
AVC: AVC isquêmico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.			
AVC: hemorragia intracraniana <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.			
Outro: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.			
Caso afirmativo, especifique:			

**1g. MEDICAÇÃO No dia da internação, o paciente recebeu algum dos itens a seguir: (Desc. = Desconhecido)**

**Fluidos orais/orogástricos?**  Sim  Não  Desc.

**Fluidos intravenosos?**  Sim  Não  Desc.

**Antiviral?**  Sim  Não  Desc. **Caso afirmativo:**  Ribavirina  Lopinavir/Ritonavir  Inibidor da neuraminidase

Interferon alfa  Interferon beta  Outro, especifique: \_\_\_\_\_

**Corticosteroide?**  Sim  Não  Desc. **Caso afirmativo, via:**  Oral  Intravenosa  Inalatória

**Caso afirmativo, informe o agente e dose máxima diária:** \_\_\_\_\_

**Antibiótico?**  Sim  Não  Desc. **Caso afirmativo, especifique:** \_\_\_\_\_

**Agente antifúngico?**  Sim  Não  Desc.

**Agente antimalárico?**  Sim  Não  Desc. **Caso afirmativo, especifique:** \_\_\_\_\_

**Agente experimental?**  Sim  Não  Desc. **Caso afirmativo, especifique:** \_\_\_\_\_

**Anti-inflamatório não esteroide (AINE)**  Sim  Não  Desc.

**Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (inibidores da ECA)**  Sim  Não  Desc.

**Bloqueadores de receptores da angiotensina II (BRAs)**  Sim  Não  Desc.

**Anticoagulação sistêmica**  Sim  Não  Desc.

**1h. CUIDADOS DE APOIO CLÍNICO**

**No dia da internação, o paciente recebeu algum dos cuidados a seguir: (Desc. = Desconhecido)**

**Internação em UTI ou unidade de alta dependência de cuidados?**  Sim  Não  Desc.

**Oxigenioterapia?**  Sim  Não  Desc. **Caso afirmativo, informar todos abaixo**

**Fluxo de O<sub>2</sub>:**  1–5 L/min  6–10 L/min  11–15 L/min  > 15 L/min  Desconhecido

**Fonte de oxigênio:**  Canalizado  Cilindro  Concentrador  Desc.

**Interface:**  Cateter nasal  Cânula nasal de alto fluxo  Máscara  
 Máscara com reservatório  Máscara CPAP/NIV  Desc.

**Ventilação não-invasiva?** (p. ex. BIPAP/CPAP)  Sim  Não  Desc.

**Ventilação invasiva (alguma)?**  Sim  Não  Desc.

**Caso afirmativo, quais eram os valores mais próximos de 08:00 considerando:**

PEEP (cm H<sub>2</sub>O) \_\_\_\_\_; FiO<sub>2</sub> (%) \_\_\_\_\_; Pressão de platô (cm H<sub>2</sub>O) \_\_\_\_\_; PaCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_; PaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_

**Suporte respiratório extracorpóreo (ECMO)?**  Sim  Não  Desc.

**Posição pronada?**  Sim  Não  Desc.

**Inotrópicos/vasopressores?**  Sim  Não  Desc.

1i. RESULTADOS LABORATORIAIS NA INTERNAÇÃO (*indique as unidades caso sejam diferentes das unidades listadas abaixo)							
Parâmetro	Valor*	Unidades		Parâmetro	Valor*	Unidades	
Hemoglobina		<input type="checkbox"/> g/L	<input type="checkbox"/> g/dL	Creatinina		<input type="checkbox"/> mg/L	<input type="checkbox"/> µmol/L
Contagem leucocitária:		<input type="checkbox"/> /mm <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> G/L (= x10 <sup>9</sup> /L)	Sódio		<input type="checkbox"/> mEq/L = mmol/L	
Hematócritos		<input type="checkbox"/> %		Potássio		<input type="checkbox"/> mEq/L = mmol/L	
Plaquetas		<input type="checkbox"/> /mm <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> G/L (= x10 <sup>9</sup> /L)	Procalcitonina		<input type="checkbox"/> ng/mL	<input type="checkbox"/> µg/L
APTT/APTR		<input type="checkbox"/> segundos		PCR		<input type="checkbox"/> mg/L	
PT (segundos)		<input type="checkbox"/> segundos		DHL		<input type="checkbox"/> IU/L	
RNI				Creatina quinase		<input type="checkbox"/> IU/L	<input type="checkbox"/> UKAT/L
ALT/SGTP		<input type="checkbox"/> IU/L		Troponina		<input type="checkbox"/> ng/mL	<input type="checkbox"/> µg/L
AST/SGOT		<input type="checkbox"/> IU/L		ESR		<input type="checkbox"/> mm/hora	
Bilirrubina total		<input type="checkbox"/> mg/L	<input type="checkbox"/> µmol/L	Dímero-D		<input type="checkbox"/> ng/mL	<input type="checkbox"/> µg/L
Ureia (BUN)		<input type="checkbox"/> g/L	<input type="checkbox"/> mg/dL	<input type="checkbox"/> mmol/L	Ferritina	<input type="checkbox"/> ng/mL	<input type="checkbox"/> µg/L
Lactato		<input type="checkbox"/> mg/dL	<input type="checkbox"/> mmol/L	IL-6		<input type="checkbox"/> pg/mL	

**1j. ESTADO DE GRAVIDEZ NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO (Desc. = Desconhecido)**

Grávida não em trabalho de parto

Grávida em trabalho de parto

Pós-parto [dias]\*  [dias] Amamentando?  Sim  Não

Pós aborto/aborto espontâneo

Número de fetos  Feto único  Gêmeos  Trigêmeos  Outro [número]  Desc.

Estimativa de idade gestacional em semanas completas [s\_][s\_].semanas

**1k. ABORTO OU ABORTO ESPONTÂNEO (anterior à internação) – (Desc. = Desconhecido)**

Data do aborto induzido ou do aborto espontâneo? [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A]

Havia presença de sintomas da doença COVID-19 na ocasião?  Sim  Não  Desc.

**1l. HISTÓRICO OBSTÉTRICO**

Número de gestações anteriores além das 22 semanas de gestação [número]

Número de partos vaginais anteriores [número]

Número de partos por cesárea anteriores [número]

**1m. Assinale qualquer uma que se aplique aos partos anteriores: (Desc. = Desconhecido)**

<b>Parto prematuro (&lt; 37 semanas gestacionais)</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
<b>Anomalia congênita</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
<b>Natimorto</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
<b>Morte neonatal (0-6 dias)</b>	<input type="checkbox"/> Sim [dia: ] <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
<b>Peso &lt; 2,5 kg</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
<b>Peso &gt; 4,5 kg</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.

**1n. ÁLCOOL, DROGAS - FATORES DE RISCO DURANTE ESTA GRAVIDEZ**

<b>Consumo de bebida alcoólica</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
<b>Uso de drogas ilícitas/recreativas</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.

**1o. MEDICAÇÕES DURANTE ESTA GRAVIDEZ**  
*(Antes do início do episódio da enfermidade atual) – (Desc. = Desconhecido)*

<b>Tratamento para febre ou dor</b>	<b>Acetaminofeno/paracetamol</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
	<b>AINE/s</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
	<b>Outro/s (especifique):</b> _____
<b>Anticonvulsivantes</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc. <b>Em caso afirmativo, especificar o nome genérico:</b> _____
<b>Antiemético</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc. <b>Em caso afirmativo, especificar o nome genérico:</b> _____
<b>Vitaminas e micronutrientes pré-natais</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc. <b>Em caso afirmativo, especificar o nome genérico:</b>
<b>Antivirais</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc. <b>Em caso afirmativo, especificar o nome genérico:</b> _____
<b>Antibióticos</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc. <b>Em caso afirmativo, especificar o nome genérico:</b> _____

**1p. SINAIS E SINTOMAS NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO (Desc. = Desconhecido)**

<b>Corrimento vaginal aquoso</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
<b>Sangramento vaginal</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
<b>Cefaleias</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
<b>Alterações de visão</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
<b>Dor no quadrante superior direito (abdominal)</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
<b>Movimento fetal reduzido ou ausente</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
<b>Contrações uterinas</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.

**1q. FREQUÊNCIA CARDÍACA FETAL (primeiras informações disponíveis na apresentação/internação)**

<b>Frequência cardíaca fetal</b>	<b>(FCF):</b>  _   _   _  batimentos/min
----------------------------------	--

**MÓDULO 2. Acompanhamento durante a internação (diário ou o mais frequente possível conforme a viabilidade)**

Data do acompanhamento |\_D\_| |\_D\_| / |\_M\_| |\_M\_| / |\_2\_| |\_0\_| |\_A\_| |\_A\_|

**2a. SINAIS VITAIS** (*indique o valor mais anormal entre 00:00 e 24:00*)

Temperatura |\_| |\_| . |\_| ° C Frequência cardíaca |\_| |\_| |\_| batimentos por minuto

Frequência respiratória |\_| |\_| respirações/min PA |\_| |\_| |\_| (sistólica) |\_| |\_| |\_| (diastólica) mmHg

Desidratação grave  Sim  Não  Desc.

Tempo de enchimento capilar > 2 segundos  Sim  Não  Desc. **AVPU** (circule uma opção)

Saturação de oxigênio em  Ar ambiente  Terapia de oxigênio  Desc. **GCS/15** |\_| |\_|

**2b. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DIÁRIAS** (*Desc. = Desconhecido*)

Tosse e produção de catarro	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Confusão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Dor de garganta	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Convulsões	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Dor no peito	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Vômitos/náuseas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Falta de ar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Diarreia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Perda de olfato	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Conjuntivite	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Perda de paladar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Mialgia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
		Outro, especifique: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.

**2c. RESULTADOS LABORATORIAIS** (*\*indique as unidades caso sejam diferentes das unidades listadas abaixo*)

Parâmetro	Valor*	Unidades	Parâmetro	Valor*	Unidades
Hemoglobina		__ g/L    __ g/dL	Creatinina		__ mg/L    __ µmol/L
Contagem leucocitária:		__ /mm <sup>3</sup> __ G/L (= x10 <sup>9</sup> /L)	Sódio		__ mEq/L = mmol/L
Hematócitos		__ %	Potássio		__ mEq/L = mmol/L
Plaquetas		__ /mm <sup>3</sup> __ G/L (= x10 <sup>9</sup> /L)	Procalcitonina		__ ng/mL    __ µg/L
APTT/APTR		__ segundos	PCR		__ mg/L
PT (segundos)		__ segundos	DHL		__ IU/L
RNI			Creatina quinase		__ IU/L    __ UKAT/L
ALT/SGTP		__ IU/L	Troponina		__ ng/mL    __ µg/L
AST/SGOT		__ IU/L	ESR		__ mm/hora
Bilirrubina total		__ mg/L    __ µmol/L	Dímero-D		__ ng/mL    __ µg/L
Ureia (BUN)		__ g/L    __ mg/dL	Ferritina		__ ng/mL    __ µg/L
Lactato		__ mg/dL    __ mmol/L	IL-6		__ pg/mL

**2d. MEDICAÇÃO** Em qualquer momento durante essa permanência de 24 horas no hospital, o paciente recebeu: (Desc. = Desconhecido)

**Fluidos orais/orogástricos?**  Sim  Não  Desc.

**Fluidos intravenosos?**  Sim  Não  Desc.

**Antiviral?**  Sim  Não  Desc.

**Caso afirmativo:**  Ribavirina  Lopinavir/Ritonavir  Inibidor da neuraminidase

Interferon alfa  Interferon beta  Outro, especifique: \_\_\_\_\_

**Corticosteroide?**  Sim  Não  Desc.

**Caso afirmativo, via:**  Oral  Intravenosa  Inalatória

**Caso afirmativo, informe o agente e dose máxima diária:** \_\_\_\_\_

**Antibiótico?**  Sim  Não  Desc. **Caso afirmativo, especifique:** \_\_\_\_\_

**Agente antifúngico?**  Sim  Não  Desc.

**Agente antimalárico?**  Sim  Não  Desc. **Caso afirmativo, especifique:** \_\_\_\_\_

**Agente experimental?**  Sim  Não  Desc. **Caso afirmativo, especifique:** \_\_\_\_\_

**Anti-inflamatório não esteroide (AINE)**  Sim  Não  Desc.

**Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (inibidores da ECA)**  Sim  Não  Desc.

**Bloqueadores de receptores da angiotensina II (ARBs)**  Sim  Não  Desc.

**Anticoagulação sistêmica**  Sim  Não  Desc.

**2e. CUIDADOS DE APOIO CLÍNICO** Em qualquer momento durante essa permanência de 24 horas no hospital, o paciente sofreu: (Desc. = Desconhecido)

**Internação em UTI ou unidade de alta dependência de cuidados?**  Sim  Não  Desc.

**Data de internação na UTI/UADC** [D] [D] / [M] [M] / [2] [0] [A] [A]  Desc.

**Data da alta da UTI/UADC** [D] [D] / [M] [M] / [2] [0] [A] [A]  Não recebeu alta  Desc.

**Oxigenioterapia?**  Sim  Não  Desc. **Caso afirmativo, informar todos os parâmetros abaixo:**

**Fluxo de O<sub>2</sub>:**  1–5 L/min  6–10 L/min  11–15 L/min  > 15 L/min  Desc.

**Fonte de oxigênio:**  Canalizado  Cilindro  Concentrador  Desc.

**Interface:**  Cateter nasal  Cânula nasal de alto fluxo  Máscara  Máscara com reservatório  Máscara CPAP/NIV  Desc.

**Ventilação não-invasiva?** (p. ex. BIPAP/CPAP)  Sim  Não  Desc.

**Ventilação invasiva (alguma)?**  Sim  Não  Desc.

**Caso afirmativo, quais eram os valores mais próximos de 08:00 considerando:**

PEEP (cm H<sub>2</sub>O) \_\_\_\_\_; FiO<sub>2</sub> (%) \_\_\_\_\_; Pressão de platô (cm H<sub>2</sub>O) \_\_\_\_\_; PaCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_; PaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_

**Suporte respiratório extracorpóreo (ECMO)?**  Sim  Não  Desc.

**Posição pronada?**  Sim  Não  Desc.

**Inotrópicos/vasopressores?**  Sim  Não  Desc.

**Terapia renal substitutiva (TRS) ou diálise?**  Sim  Não  Desc.



**2e. CUIDADOS DE APOIO CLÍNICO Em qualquer momento durante essa permanência de 24 horas no hospital, a paciente recebeu: (Desc. = Desconhecido)**

Internação em UTI ou unidade de alta dependência de cuidados?  Sim  Não  Desc.

Data de internação na UTI/UADC [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A]  Desc.

Data de alta da UTI/UADC [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A]  Ainda não recebeu alta  Desc.

Oxigenoterapia?  Sim  Não  Desc. Em caso afirmativo, informar todos abaixo:

Fluxo de O<sub>2</sub>:  1–5 L/min  6–10 L/min  11–15 L/min  > 15 L/min  Desconhecido

Fonte de oxigênio:  Canalizado  Cilindro  Concentrador  Desc.

Interface:  Cânula nasal  Cânula nasal de alto fluxo  Máscara  
 Máscara com reservatório  Máscara CPAP/NIV  Desc.

Ventilação não-invasiva? (p. ex. BIPAP/CPAP)  Sim  Não  Desc.

Ventilação invasiva (qualquer)?  Sim  Não  Desc. Em caso afirmativo, quais eram os seguintes valores mais próximos das 08:00: PEEP (cm H<sub>2</sub>O) \_\_\_\_\_; FiO<sub>2</sub> (%) \_\_\_\_\_; Pressão de platô (cm H<sub>2</sub>O) \_\_\_\_\_; PaCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_; PaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_

Suporte respiratório extracorpóreo (ECMO)?  Sim  Não  Desc.

Posição pronada?  Sim  Não  Desc.

Inotropos/vasopressores?  Sim  Não  Desc.

Terapia renal substitutiva (TRS) ou diálise?  Sim  Não  Desc.

**2f. FREQUÊNCIA CARDÍACA FETAL**

Frequência cardíaca fetal (informe o valor mais anormal entre 00:00 e 24:00)

(FCF): [ ] [ ] [ ] batimentos/min

**2g. TRATAMENTO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO**

Em QUALQUER momento durante a hospitalização, a paciente recebeu: (Desc. = Desconhecido)

Tocólise  Sim  Não  Desc.

Indução de trabalho de parto  Sim  Não  Desc.

Transfusão sanguínea  Sim  Não  Desc.

### MÓDULO 3. Preencha na alta ou em caso de óbito

#### 3a. EXAMES DIAGNÓSTICOS/PATÓGENOS (Desc. = Desconhecido)

**Raio-X/TC de tórax realizado?**  Sim  Não  Desc.

**Caso afirmativo: há presença de infiltrados?**  Sim  Não  Desc.

**Foram feitos testes patogênicos durante esse episódio de enfermidade?**  Sim  Não  Desc.

**Caso afirmativo**, informar todos abaixo:

**Vírus influenza:**  Positivo  Negativo  Não realizado

**Caso positivo**, tipo \_\_\_\_\_

**Coronavírus:**  Positivo  Negativo  Não realizado **Caso positivo:**  MERS-CoV  SARS-CoV-2

Outros \_\_\_\_\_ **Outro patógeno respiratório:**  Positivo  Negativo  Não realizado

**Caso positivo**, especifique \_\_\_\_\_

**Febre hemorrágica viral:**  Positivo  Negativo  Não realizado

**Caso positivo**, especificar vírus \_\_\_\_\_

**Outro patógeno de interesse para a saúde pública detectado:** Caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

**Malária falciparum:**  Positivo  Negativo  Não realizado

**Malária não falciparum:**  Positivo  Negativo  Não realizado

**HIV:**  Positivo  Negativo  Não realizado

#### 3b. COMPLICAÇÕES Em qualquer momento durante a hospitalização, o paciente apresentou:

(Desc. = Desconhecido)

Choque	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Bacteremia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Convulsão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Sangramento	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Meningite/encefalite	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Endocardite	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Anemia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Miocardite/pericardite	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Arritmia cardíaca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Lesão renal aguda	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Parada cardíaca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Pancreatite	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Pneumonia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Disfunção hepática	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Bronquiolite	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Cardiomiopatia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Outras	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
AVC: AVC isquêmico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	Caso afirmativo, especificar:	
AVC: hemorragia intracraniana	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.		

**3c. MEDICAÇÃO Durante a hospitalização ou na ocasião da alta, foram administrados: (Desc. = Desconhecido)**

**Fluidos orais/orogástricos?**  Sim  Não  Desc.

**Fluidos intravenosos?**  Sim  Não  Desc.

**Antiviral?**  Sim  Não  Desc.

**Caso afirmativo:**  Ribavirina  Lopinavir/Ritonavir  Inibidor da neuraminidase

Interferon alfa  Interferon beta  Outro, especifique: \_\_\_\_\_

**Corticosteroide?**  Sim  Não  Desc.

**Caso afirmativo, via:**  Oral  Intravenosa  Inalatória

**Caso afirmativo, especifique o agente e a dose máxima diária:** \_\_\_\_\_

**Antibiótico?**  Sim  Não  Desc. **Caso afirmativo, especifique:** \_\_\_\_\_

**Agente antifúngico?**  Sim  Não  Desc. **Caso afirmativo, especifique:** \_\_\_\_\_

**Agente antimalárico?**  Sim  Não  Desc.

**Caso afirmativo, especifique:** \_\_\_\_\_

**Agente experimental?**  Sim  Não  Desc.

**Caso afirmativo, especifique:** \_\_\_\_\_

**Anti-inflamatório não esteroide (AINE)**  Sim  Não  Desc.

**Caso afirmativo, especifique:** \_\_\_\_\_

**Anticoagulação sistêmica**  Sim  Não  Desc.

**3d. CUIDADOS DE APOIO CLÍNICO Em qualquer momento durante a hospitalização, o paciente recebeu/sofreu: (Desc. = Desconhecido)**

**Internação em UTI ou unidade de alta dependência de cuidados?**  Sim  Não  Desc.

**Caso afirmativo, duração total:** dias

**Data de internação na UTI** |D| |D| / |M| |M| / |2| |0| |A| |A|  N/A

**Data de alta da UTI** |D| |D| / |M| |M| / |2| |0| |A| |A|  Desfecho na UTI  N/A

**Oxigenioterapia?**  Sim  Não  Desc.

**Caso afirmativo, preencha tudo: Duração total:** dias

**Fluxo de O<sub>2</sub>:**  1–5 L/min  6–10 L/min  11–15 L/min  > 15 L/min

**Fonte de oxigênio:**  Canalizado  Cilindro  Concentrador

**Interface:**  Cateter nasal  Cânula nasal de alto fluxo  Máscara  
 Máscara com reservatório  Máscara CPAP/NIV

**Ventilação não-invasiva?** (p. ex. BIPAP/CPAP)  Sim  Não  Desc.

**Caso afirmativo, duração total:** dias

**Ventilação invasiva (alguma)?**  Sim  Não  Desc.

**Caso afirmativo, duração total:** dias

**Suporte respiratório extracorpóreo (ECMO)?**  Sim  Não  Desc.

**Caso afirmativo, duração total:** dias em

**Posição pronada?**  Sim  Não  Desc.

**Caso afirmativo, duração total:** dias

**Inotrópicos/vasopressores?**  Sim  Não  Desc.

**Caso afirmativo, duração total:** dias

**Terapia renal substitutiva (TRS) ou diálise?**  Sim  Não  Desc.

<b>3e. DESFECHO (Desc. = Desconhecido)</b>
<p><b>Desfecho:</b> <input type="checkbox"/> Recebeu alta com vida <input type="checkbox"/> Hospitalização <input type="checkbox"/> Transferência para outra unidade <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Alta paliativa <input type="checkbox"/> Desc.</p> <p><b>Data do desfecho:</b> [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] <input type="checkbox"/> Desc.</p> <p><b>Caso tenha recebido alta com vida, capacidade de cuidar de si próprio comparado ao período antes da enfermidade:</b> <input type="checkbox"/> A mesma de antes da enfermidade <input type="checkbox"/> Pior <input type="checkbox"/> Melhor <input type="checkbox"/> Desc.</p>

**Seções 3f–3i (devem ser preenchidas se o parto ocorreu dentro de 21 dias após o início dos sintomas)**

<b>3f. PARTO, GRAVIDEZ E DESFECHOS MATERNOS (Desc. = Desconhecido)</b>		
<b>Parto durante a hospitalização</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>Data do parto</b>	[D][D]/[M][M]/[A][A][A][A]	
<b>Modalidade de parto</b>	<input type="checkbox"/> Parto vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea	
<b>Início do trabalho de parto</b>	<input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Induzido <input type="checkbox"/> Cesárea antes do trabalho de parto <input type="checkbox"/> Desconhecido	
<b>Apresentação fetal durante o parto</b>	<input type="checkbox"/> Cefálica <input type="checkbox"/> Transversal <input type="checkbox"/> Pélvica	
<b>Fluido amniótico durante o parto</b>	<input type="checkbox"/> Transparente <input type="checkbox"/> Com mancha de mecônio <input type="checkbox"/> Desconhecido	
<b>Outros desfechos maternos/complicações na gravidez</b>	Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
	Hipertensão gestacional	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
	Anemia (Hb < 11 g/dL)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
	Hiperemese	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
	Restrição do crescimento intrauterino	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
	Placenta acreta/increta/percreta	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
	Infecção bacteriana anterior à hospitalização	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
	Pré-eclâmpsia/eclâmpsia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
	Descolamento prematuro da placenta	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
	Contrações prematuras	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
	Parto prematuro	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
	Ruptura das membranas pré-termo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Aborto espontâneo precoce ou tardio	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	
Hemorragia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	
<b>Se houve hemorragia, qual tipo:</b>	<input type="checkbox"/> Antes do parto/durante o parto <input type="checkbox"/> Hemorragia pós-parto <input type="checkbox"/> Relativa ao aborto	
Doença embólica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	
Complicações da anestesia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	

**3g. SITUAÇÃO DA GRAVIDEZ NA ALTA**

<b>Desfecho da gravidez</b>	<input type="checkbox"/> Sem parto <input type="checkbox"/> Aborto espontâneo <input type="checkbox"/> Aborto induzido <input type="checkbox"/> Aborto retido <input type="checkbox"/> Maceração fetal <input type="checkbox"/> Natimorto <input type="checkbox"/> Nascido vivo <input type="checkbox"/> Pós-aborto/pós-parto no momento da internação
<b>Morte materna</b> <b>Em caso afirmativo, qual foi a causa da morte?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desfecho abortivo <input type="checkbox"/> Transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério <input type="checkbox"/> Hemorragia obstétrica <input type="checkbox"/> Infecção relacionada à gravidez <input type="checkbox"/> Outra complicação obstétrica não incluída nas causas acima <input type="checkbox"/> Complicações imprevistas do manejo (p. ex. complicações da anestesia) <input type="checkbox"/> Morte materna indireta <input type="checkbox"/> Morte obstétrica de causa não especificada <input type="checkbox"/> Mortes por causa coincidente (p. ex. acidente com veículo motorizado)

**3h. COLETA DE AMOSTRAS**

<b>Foi feita alguma coleta?</b> <b>Em caso afirmativo, descreva o(s) teste(s) realizado(s) e o(s) resultado(s)</b>	<input type="checkbox"/> Líquido amniótico	[ descrição do teste ]	[ data da coleta ]	[ resultado ]
	<input type="checkbox"/> Placenta	[ descrição do teste ]	[ data da coleta ]	[ resultado ]
	<input type="checkbox"/> Sangue umbilical	[ descrição do teste ]	[ data da coleta ]	[ resultado ]
	<input type="checkbox"/> Esfregaço vaginal	[ descrição do teste ]	[ data da coleta ]	[ resultado ]
	<input type="checkbox"/> Esfregaço retal/fecal	[ descrição do teste ]	[ data da coleta ]	[ resultado ]
	<input type="checkbox"/> Tecido de gravidez em caso de morte fetal/aborto induzido	[ descrição do teste ]	[ data da coleta ]	[ resultado ]
	<input type="checkbox"/> Leite materno	[ descrição do teste ]	[ data da coleta ]	[ resultado ]

3i. DESFECHOS NEONATAIS	
<b>Data do nascimento</b> [DD/MM/AAAA]	[D][D]/[M][M]/[2][0][A][A]
<b>Horário do nascimento</b> [p. ex. 14:21]	[__]:[__]
<b>ID de participante da mãe:</b>	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] -- [ ][ ][ ][ ][ ][ ] - [__ID de um dígito do bebê__]* *Preencha um formulário por recém-nascido
<b>Teste laboratorial para COVID-19 do feto ou recém-nascido</b>	<input type="checkbox"/> Realizado <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Desc. Em caso afirmativo: [ amostra coletada __ ] [ descrição do teste __ ] [ data da coleta __ ] [ resultado ]
<b>Teste de Apgar aos 5 minutos</b>	Pontuação: [ ][ ][ ]
<b>Idade gestacional</b>	Semanas: [ ][ ][ ] Dias: [ ][ ]
<b>Peso de nascimento</b>	Gramas: [ ][ ][ ][ ][ ]
<b>Síndrome do desconforto respiratório</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
<b>Desfecho neonatal</b>	<input type="checkbox"/> Recebeu alta saudável <input type="checkbox"/> Recebeu alta com complicações/sequelas Detalhes: [ _____ ] <input type="checkbox"/> Encaminhamento clínico para ala especializada/outro hospital Detalhes: [ _____ ] <input type="checkbox"/> Óbito Data do óbito: [D][D]/[M][M]/[A][A][A][A] <input type="checkbox"/> Desc.
<b>Em caso de óbito do neonato, causa primária da morte</b>	<input type="checkbox"/> Prematuro/baixo peso de nascimento <input type="checkbox"/> Asfixia no parto <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Trauma no nascimento <input type="checkbox"/> Defeitos congênitos/de nascimento <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Desc.
<b>Quaisquer anomalias congênicas</b>	<input type="checkbox"/> Defeitos no tubo neural <input type="checkbox"/> Microcefalia <input type="checkbox"/> Malformações congênicas do ouvido <input type="checkbox"/> Defeitos cardíacos congênicos <input type="checkbox"/> Fendas orofaciais <input type="checkbox"/> Malformações congênicas do sistema digestivo <input type="checkbox"/> Malformações congênicas dos órgãos genitais <input type="checkbox"/> Defeitos na parede abdominal <input type="checkbox"/> Anomalias cromossômicas <input type="checkbox"/> Defeitos de redução de membros superiores e inferiores <input type="checkbox"/> Pé equinovaro/ pé torto congênito