Plataforma Clínica Global da COVID-19:
Formulário de Notificação de Caso para os casos suspeitos de Síndrome inflamatória multissistêmica (SIM) em crianças e adolescentes temporalmente relacionada à COVID-19

Definição preliminar de caso
Crianças e adolescentes de 0 a 19 anos de idade com febre medida ou relatada pelo próprio indivíduo ≥ 3 dias
E pelo menos dois dos seguintes sintomas:

a) Erupção cutânea (rash) ou conjuntivite não purulenta bilateral ou sinais de inflamação mucocutânea (oral, mãos ou pés)
b) Hipotensão ou choque
c) Características de disfunção miocárdica ou pericardite ou valvulite ou anormalidades coronárias (achados de ECO ou troponina/NT-proBNP elevada)
d) Evidência de coagulopatia (PT, PTT anormais, Dímeros-d elevados)
e) Problemas gastrointestinais agudos (diarreia, vômito ou dor abdominal)

E
Marcadores de inflamação como velocidade de sedimentação de eritrócitos (ESR), proteína C reativa ou procalcitonina elevados
E
Nenhuma outra causa óbvia de inflamação microbiana, incluindo sepse bacteriana, síndrome de choque estafilocócica ou estreptocócica
E
Evidências de COVID-19 **(**RT-PCR, teste de antígeno ou sorologia positivos) ou provável contato com pacientes infectados com COVID-19
NB Considere essa síndrome em crianças com características de doença de Kawasaki em suas formas típica ou atípica ou síndrome do choque tóxico.

MÓDULO 1. Preencha este módulo para todas as crianças com idade entre 0 e 19 anos que tenham suspeita de doença inflamatória multissistêmica (mesmo que todos os critérios de definição de caso não sejam plenamente atendidos - para capturar o espectro completo da doença). Preencha o módulo assim que suspeitar da doença. Envie o módulo quando as investigações iniciais incluídas na definição de caso estiverem disponíveis.

Nome da unidade _____ **País** _____

Data de avaliação do paciente [_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_ 2 _] [_ 0 _] [_A_] [_A_]

Data de internação no hospital [_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_ 2 _] [_ 0 _] [_A_] [_A_]

1a. DADOS DEMOGRÁFICOS *(preencha assim que suspeitar de MIS pela primeira vez)*

Sexo no nascimento ☐Masc. ☐Fem. ☐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**

Etnia (conforme o relatado pela família) (pré-especifique os grupos principais da população e selecione da lista) _____

1b. DATA DE INÍCIO DE SINTOMAS DA ENFERMIDADE ATUAL E SINAIS VITAIS
(preencha assim que suspeitar de MIS pela primeira vez) – (Desc. = Desconhecido)

Data de início do primeiro sintoma ou sinal [_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_A_] [_A_] [_A_] [_A_]

Data de início da febre [_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_A_] [_A_] [_A_] [_A_]

Temperatura [___] [___].[___] °C **Frequência cardíaca** [___] [___] [___] batimentos/min

Frequência respiratória [___] [___] respirações/min

PA [___] [___] [___] (sistólica) [___] [___] [___] (diastólica) mmHg

Desidratação ☐Grave ☐Moderada ☐Não observada.

Tempo de enchimento capilar > 2 segundos ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Saturação de oxigênio: [___] [___] [___] % com ☐Ar ambiente ☐Oxigenoterapia ☐Desc.

Estado de consciência ☐Alerta ☐Resposta a estímulos verbais ☐Resposta a estímulos dolorosos ☐Sem resposta

Circunferência do braço [___] [___] [___]mm **Altura:** [___] [___] [___] cm **Peso**: [___] [___] [___]kg

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2020. Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
Número de Referência: OPAS-W/BRA/PHE/COVID-19/20-118

1c. POSSÍVEIS SINAIS E SINTOMAS DE SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA
(preencha assim que suspeitar de MIS pela primeira vez) – (Desc. = Desconhecido)

Febre (medida ou autorrelatada) ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Duração da febre ___ dias
Erupção cutânea (Rash) ☐Sim ☐Não ☐Desc. Caso afirmativo, tipo de rash_____
Conjuntivite bilateral ☐Sim, purulenta ☐Não, purulenta ☐Desc.
Sinais de inflamação da mucosa oral ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Sinais de inflamação cutânea periférica (mãos ou pés) ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Hipotensão (segundo a idade) ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Taquicardia (segundo a idade) ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Tempo de enchimento capilar aumentado ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Pele pálida/manchada ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Mãos/pés frios ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Débito urinário < 2 mL/kg/hr ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Dor no peito ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Taquipinéia (segundo a idade) ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Desconforto respiratório ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Dor abdominal ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Diarreia ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Vômito ☐Sim ☐Não ☐Desc.

1d. OUTROS SINAIS E SINTOMAS *(preencha assim que suspeitar de MIS pela primeira vez) – (Desc. = Desconhecido)*

Tosse	☐Sim ☐Não ☐Desc.	Fadiga/mal-estar	☐Sim ☐Não ☐Desc.
Dor de garganta	☐Sim ☐Não ☐Desc.	Convulsões	☐Sim ☐Não ☐Desc.
Coriza (rinorréia)	☐Sim ☐Não ☐Desc.	Cefaleia	☐Sim ☐Não ☐Desc.
Sibilância	☐Sim ☐Não ☐Desc.	Hipotonia/flacidez muscular	☐Sim ☐Não ☐Desc.
Articulações edemaciadas	☐Sim ☐Não ☐Desc.	Paralisia	☐Sim ☐Não ☐Desc.
Linfadenopatia cervical	☐Sim ☐Não ☐Desc.	Irritabilidade	☐Sim ☐Não ☐Desc.
Dor nas articulações (artralgia)	☐Sim ☐Não ☐Desc.	Fotofobia	☐Sim ☐Não ☐Desc.
Dores musculares (mialgia)	☐Sim ☐Não ☐Desc.	Hiposmia/anosmia (perda do olfato)	☐Sim ☐Não ☐Desc.
Úlceras na pele	☐Sim ☐Não ☐Desc.	Hipogeusia (perda do paladar)	☐Sim ☐Não ☐Desc.
Torcicolo	☐Sim ☐Não ☐Desc.	Incapaz de beber	☐Sim ☐Não ☐Desc.
Outras? Especifique _____		Sangramento (hemorragia) ☐Sim ☐Não ☐Desc. Em caso afirmativo, especifique o local _____	

1e. HISTÓRICO RECENTE – *(Desc. = Desconhecido)*

A criança foi hospitalizada nos últimos 3 meses? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Caso afirmativo, data de alta do hospital [_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_ 2 _] [_ 0 _] [_A_] [_A_]

Caso afirmativo, a internação foi relacionada a esse episódio de enfermidade ou aos mesmos problemas ou problemas semelhantes? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Histórico de infecção por COVID-19 nas 4 semanas anteriores à enfermidade atual?

☐Sim - Confirmado por exames laboratoriais ☐Sim - diagnosticado clinicamente ☐Não ☐Desc.

Histórico de infecção respiratória nas 4 semanas anteriores à enfermidade atual? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Qualquer membro da casa (família ou outro contato) com COVID-19 confirmada nas 4 semanas anteriores? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Histórico anterior de doença de Kawasaki? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Histórico familiar de doença de Kawasaki? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2020. Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
Número de Referência: OPAS-W/BRA/PHE/COVID-19/20-118

1f. COMORBIDADES, HISTÓRICO ANTERIOR *(preencha assim que suspeitar de MIS pela primeira vez) – (Desc. = Desconhecido)*			
Doença inflamatória ou reumatológica Caso afirmativo, especifique _____	☐Sim ☐Não ☐Desc.	Asplenia	☐Sim ☐Não ☐Desc.
Hipertensão (segundo a idade)	☐Sim ☐Não ☐Desc.	Imunossupressão congênita ou adquirida Caso afirmativo, especifique _____	☐Sim ☐Não ☐Desc.
Outra doença cardíaca crônica Caso afirmativo, especifique:_____	☐Sim ☐Não ☐Desc.	Doença renal crônica	☐Sim ☐Não ☐Desc.
Asma	☐Sim ☐Não ☐Desc.	Doença hepática crônica	☐Sim ☐Não ☐Desc.
Tuberculose	☐Sim ☐Não ☐Desc.	Doença neurológica crônica	☐Sim ☐Não ☐Desc.
Outra doença Pulmonar Crônica Caso afirmativo, especifique:_____	☐Sim ☐Não ☐Desc.	Doença hematológica	☐Sim ☐Não ☐Desc.
Diabetes	☐Sim ☐Não ☐Desc.	HIV ☐Sim (com TARV) ☐Sim (sem TARV) ☐Não ☐Desc.	
Neoplasia maligna	☐Sim ☐Não ☐Desc.	Outras? Em caso afirmativo, especifique: _____ _____	

1g. PRÉ-INTERNAÇÃO E MEDICAÇÃO CRÔNICA
Algum dos medicamentos a seguir foi usado no período de 14 dias antes da internação*:*
(preencha assim que suspeitar de MIS pela primeira vez) – (Desc. = Desconhecido)

Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs)? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Em caso afirmativo, especifique o nome_____; Via ☐Oral /retal ☐Parenteral (IM/IV) ☐Desc.

Esteroides? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Em caso afirmativo, especifique o nome_____; Via ☐Oral/retal ☐Parenteral (IM/IV) ☐Inalado ☐Tópico ☐Desc.

Antibiótico? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Caso afirmativo, especifique o nome_; Via ☐Oral /retal ☐Parenteral (IM/IV) ☐Desc.

Algum outro medicamento? ☐Sim ☐Não Desconhecido

Em caso afirmativo, especifique o nome _____; Via ☐Oral/retal ☐Parenteral (IM/IV)☐Inalado ☐Tópico ☐Desc.

Em caso afirmativo, especifique o nome_____; Via ☐Oral/retal ☐Parenteral (IM/IV) ☐Inalado ☐Tópico ☐Desc.

Em caso afirmativo, especifique o nome _____; Via ☐Oral/retal ☐Parenteral (IM/IV) ☐Inalado ☐Tópico ☐Desc.

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2020. Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
Número de Referência: OPAS-W/BRA/PHE/COVID-19/20-118

1h. RESULTADOS LABORATORIAIS
(preencha com os resultados dos exames solicitados no momento em que primeiro suspeitar de MIS) (registrar as unidades caso diferentes das listadas)*
Indique o pior valor entre 00:00 e 24:00 do dia da avaliação (se não estiver disponível, escreva 'N/A'):

Parâmetro	Valor	Não realizado	Parâmetro	Valor*	Não realizado
Marcadores inflamatórios/coagulopatia			**Marcadores de disfunção orgânica**		
Hemoglobina (g/L)		☐	Creatinina (µmol/L)		☐
Contagem leucocitária total (x10^9/L)		☐	Sódio (mmol/L)		☐
Neutrófilos (x10^9/L)		☐	Potássio (mmol / L)		☐
Linfócitos (x10^9/L)		☐	Ureia (BUN) (mmol/L)		☐
Hematócritos (%)		☐	Glicose (mmol/L)		☐
Plaquetas (x10^9/L)		☐	Pro-BNP (pg/mL)		☐
APTT/APTR		☐	Troponina (ng/mL)		☐
PT (segundos)		☐	Creatina quinase (U/L)		☐
RNI		☐	LDH (U/L)		☐
Fibrinogênio (g/L)		☐	Triglicerídeos		☐
Procalcitonina (ng/mL)		☐	ALT/SGPT (U/L)		☐
CRP (mg/L)		☐	Bilirrubina total (µmol/L)		☐
ESR (mm/h)		☐	AST/SGOT (U/L)		☐
D-dímero (mg/L)		☐	Albumina (g/dL)		☐
IL-6 (pg/mL)		☐	Lactato (mmol/L)		☐
IL-10 (pg/mL)		☐	Ferritina (ng/mL)		☐

1i. EXAMES DE IMAGEM E PATÓGENOS
(preencha assim que os resultados dos exames solicitados no primeiro momento da suspeita de MIS estiverem disponíveis) – (Desc. = Desconhecido)

Radiografia/TC de tórax realizado ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Caso afirmativo, resultados _____

ECG realizado? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Nesse ECG, quais foram os resultados?_____

Ecocardiografia realizada ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Caso afirmativo, há características de disfunção miocárdica? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

características de pericardite? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

características de valvulite? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

anomalias coronarianas? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Outros exames de imagem cardíacos realizados ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Caso afirmativo, especifique o nome do exame de imagem e os resultados _____

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2020. Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
Número de Referência: OPAS-W/BRA/PHE/COVID-19/20-118

MÓDULO 2. Preencha e envie este módulo no momento da alta ou do óbito

2a. RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA ENFERMIDADE ATUAL
(incluir todos os sinais identificados a qualquer momento entre a internação e a alta/óbito) – (Desc. = Desconhecido)

Febre ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Temperatura máxima durante a internação hospitalar ____ (° C) (caso não se aplique, escreva 'NA')
Duração da febre durante a internação ___ dias (caso não se aplique, escreva 'NA')
Erupção cutânea (Rash) ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Caso afirmativo, tipo de rash _____
Conjuntivite bilateral ☐Sim, purulenta ☐Sim, não purulenta ☐Não ☐Desc.
Sinais de inflamação da mucosa oral ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Sinais de inflamação cutânea periférica (mãos ou pés) ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Hipotensão (segundo a idade) ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Taquicardia (segundo a idade) ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Tempo de enchimento capilar aumentado ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Pele pálida/manchada ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Mãos/pés frios ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Débito urinário < 2 mL/kg/hr ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Dor no peito ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Taquipinéia (segundo a idade) ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Desconforto respiratório ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Dor abdominal ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Diarreia ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Vômito ☐Sim ☐Não ☐Desc.
Outro especificar _____

2b. RESULTADOS LABORATORIAIS
*(registrar o resultado mais anormal durante a internação hospitalar até o momento da alta/óbito) (*registrar as unidades caso diferentes das listadas)*

Parâmetro	Valor	Não realizado	Parâmetro	Valor*	Não realizado
Marcadores inflamatórios/coagulopatia			**Marcadores de disfunção orgânica**		
Hemoglobina (g/L)		☐	Creatinina (µmol/L)		☐
Contagem leucocitária		☐	Sódio (mmol/L)		☐
Neutrófilos (x10^9/L)		☐	Potássio (mmol / L)		☐
Linfócitos (x10^9/L)		☐	Ureia (BUN) (mmol/L)		☐
Hematócritos (%)		☐	Glicose (mmol/L)		☐
Plaquetas (x10^9/L)		☐	Pro-BNP (pg/mL)		☐
APTT/APTR		☐	Troponina (ng/mL)		☐
PT (segundos)		☐	Creatina quinase (U/L)		☐
RNI		☐	LDH (U/L)		☐
Fibrinogênio (g/L)		☐	Triglicerídeos		☐
Procalcitonina (ng/mL)		☐	ALT/SGPT (U/L)		☐
CRP (mg/L)		☐	Bilirrubina total (µmol/L)		☐
ESR (mm/h)		☐	AST/SGOT (U/L)		☐
D-dímero (mg/L)		☐	Albumina (g/dL)		☐
IL-6 (pg/mL)		☐	Lactato (mmol/L)		☐
IL-10 (pg/mL)		☐	Ferritina (ng/mL)		☐

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2020. Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
Número de Referência: OPAS-W/BRA/PHE/COVID-19/20-118

2c. EXAMES DE IMAGEM E PATÓGENOS *(*
inclua os resultados mais anormais da internação até o momento da alta/óbito) – (Desc. = Desconhecido)

Radiografia de tórax realizada ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Caso afirmativo, resultados _____

TC de tórax realizada? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Caso afirmativo, havia infiltrados presentes? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

outros resultados _____

Ecocardiografia realizada ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Em caso afirmativo, qual foi a data do ecocardiograma mais anormal [_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_ 2 _] [_ 0 _] [_A_] [_A_]

Nesse ecocardiograma, constavam: características de disfunção miocárdica? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

características de pericardite? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

características de valvulite? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

anomalias coronarianas? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

ECG realizado? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Caso afirmativo, qual foi a data do ECG mais anormal [_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_ 2 _] [_ 0 _] [_A_] [_A_]

Nesse ECG, quais foram os resultados?_____

Outros exames de imagem cardíacos realizados? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Caso afirmativo, data [_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_ 2 _] [_ 0 _] [_A_] [_A_]

Caso afirmativo, especifique o nome do exame de imagem e os resultados mais anormais _____

_____

Exame para patógeno bacteriano

Patógeno bacteriano ☐Positivo ☐Negativo ☐Não realizado

Caso afirmativo, especifique_____

Exame para SARS-CoV-2

RT-PCR ☐Positivo ☐Negativo ☐Não realizado

Local de coleta da amostra_____

Teste rápido de antígeno ☐Positivo ☐Negativo ☐Não realizado

Local de coleta da amostra_____

Teste rápido de anticorpos ☐Positivo ☐Negativo ☐Não realizado

ELISA ☐Positivo ☐Negativo ☐Não realizado

Caso afirmativo, titulações _____

Teste de Neutralização ☐Positivo ☐Negativo ☐Não realizado

Caso afirmativo, titulações _____

Outro exame? Especifique_____Resultados_____

Caso nenhum exame para patógenos tenha sido realizado:

COVID-19 diagnosticada clinicamente? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2020. Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
Número de Referência: OPAS-W/BRA/PHE/COVID-19/20-118

2d. TRATAMENTO: ***a qualquer momento durante a internação hospitalar, o paciente recebeu algum dos seguintes tratamentos:*** *(Desc. = Desconhecido)*

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

Fluidos intravenosos? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Antivirais? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Caso afirmativo ☐Ribavirin ☐Lopinavir/Ritonavir ☐Inibidor de neuraminidase ☐Tocilizumab ☐Anakinra ☐Ivermectina ☐Interferon alfa ☐Interferon beta ☐Remdesivir ☐Outro, especificar_____

Corticosteroide (não tópico)? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Caso afirmativo, especifique o nome _____;

Via ☐Oral/retal ☐Parenteral (IM/IV) ☐Inalado ☐Desc.

Caso afirmativo, informe a dose máxima diária e unidade:

Caso afirmativo, data de início do tratamento: [_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_ 2 _] [_ 0 _] [_A_] [_A_]

Duração: _____ dias ☐Desc.

Imunoglobulina IV? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Caso afirmativo, dose diária_____; Número de dias de tratamento_____

Data de início do tratamento: [_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_ 2 _] [_ 0 _] [_A_] [_A_]

Duração: _____dias Dose máx. diária e unidade: _____;

Imunomoduladores? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Caso afirmativo, especifique o nome _____;

Via ☐Oral/retal ☐Parenteral (IM/IV) ☐Desc.

Caso afirmativo, data de início do tratamento: [_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_ 2 _] [_ 0 _] [_A_] [_A_]

Duração: _____ dias ☐Desc.

Antibiótico? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Em caso afirmativo, especifique o nome _____;

Via ☐Oral/retal ☐Parenteral (IM/IV) ☐Desc.

Caso afirmativo, data de início do tratamento: [_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_ 2 _] [_ 0 _] [_A_] [_A_]

Duração: _____ dias ☐Desc.

Em caso afirmativo, especifique o nome _____;

Via ☐Oral/retal ☐Parenteral (IM/IV) ☐Desc.

Caso afirmativo, data de início do tratamento: [_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_ 2 _] [_ 0 _] [_A_] [_A_]

Duração: _____ dias ☐Desc.

Em caso afirmativo, especifique o nome _____;

Via ☐Oral/retal ☐Parenteral (IM/IV) ☐Desc.

Caso afirmativo, data de início do tratamento: [_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_ 2 _] [_ 0 _] [_A_] [_A_]

Duração: _____ dias ☐Desc.

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2020. Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
Número de Referência: OPAS-W/BRA/PHE/COVID-19/20-118

2d. TRATAMENTO: ***a qualquer momento durante a internação hospitalar, o paciente recebeu algum dos seguintes tratamentos:*** *(Desc. = Desconhecido)*

Agente antifúngico? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Caso afirmativo, especifique o nome _____;

Via ☐Oral/retal ☐Parenteral (IM/IV) ☐Desc.

Caso afirmativo, data de início do tratamento: [_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_2_] [_0_] [_A_] [_A_]

Duração: _____ dias ☐Desc.

Agente antimalárico? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Caso afirmativo, especifique _____

Caso afirmativo, especifique o nome _____;

Via ☐Oral/retal ☐Parenteral (IM/IV) ☐Desc.

Caso afirmativo, data de início do tratamento: [_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_2_] [_0_] [_A_] [_A_]

Duração: _____ dias ☐Desc.

Agente experimental? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Caso afirmativo, especifique _____

Caso afirmativo, especifique o nome _____;

Via ☐Oral/retal ☐Parenteral (IM/IV) ☐Desc.

Caso afirmativo, data de início do tratamento: [_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_2_] [_0_] [_A_] [_A_]

Duração: _____ dias ☐Desc.

Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs)? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Caso afirmativo, especifique o nome _____;

Via ☐Oral/retal ☐Parenteral (IM/IV) ☐Desc.

Caso afirmativo, data de início do tratamento: [_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_2_] [_0_] [_A_] [_A_]

Duração: _____ dias ☐Desc.

Anticoagulação sistêmica? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Caso afirmativo, especifique o nome _____;

Via ☐Oral/retal ☐Parenteral (IM/IV) ☐Desc.

Caso afirmativo, data de início do tratamento: [_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_2_] [_0_] [_A_] [_A_]

Duração: _____ dias ☐Desc.

Outro? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Caso afirmativo, especifique o nome _____;

Via ☐Oral/retal ☐Parenteral (IM/IV) ☐Desc.

Caso afirmativo, data de início do tratamento: [_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_2_] [_0_] [_A_] [_A_]

Duração: _____ dias ☐Desc.

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2020. Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
Número de Referência: OPAS-W/BRA/PHE/COVID-19/20-118

2e. TRATAMENTO DE SUPORTE: ***a qualquer momento durante a internação hospitalar, o paciente recebeu algum dos seguintes tratamentos:*** *(Desc. = Desconhecido)*

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

Caso afirmativo, número de dias na UTI _____

Terapia de suplementação de oxigênio? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Caso afirmativo, fluxo máx. O_2 ☐1–5 L/min ☐6–10 L/min ☐11-15 L/min ☐> 15 L/min ☐Desc.

Caso afirmativo, interface ☐Catéter nasal ☐Cânula nasal de alto fluxo ☐Máscara ☐Máscara com reservatório ☐Máscara CPAP/NIV ☐Desc.

Caso afirmativo, quantos dias de oxigenoterapia? _____

Posição pronada? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Caso afirmativo, duração: _____ dias

Ventilação não invasiva? (qualquer uma, por exemplo, BiPAP/CPAP) ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Caso afirmativo, posição pronada? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Caso afirmativo, duração em dias? _____

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

Caso afirmativo, PEEP máximo (cm H_2O) _____; FiO_2 (%) _____;

Pressão de platô (cm H_2O) _____; $PaCO_2$ _____; PaO_2_____

Caso afirmativo, duração em dias? _____

Inotrópicos/vasopressores? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Caso afirmativo, especifique o nome _____

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

Caso afirmativo, duração total: _____ dias

Plasmaferese? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Ventilação Oscilatória de Alta Frequência - HFOV? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Transfusão sanguínea? ☐Sim ☐Não ☐Desc.

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

Caso afirmativo, duração total: _____ dias

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2020. Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
Número de Referência: OPAS-W/BRA/PHE/COVID-19/20-118

2f. DESFECHOS
(preencha no momento da alta/óbito) – (Desc. = Desconhecido)

Desfecho ☐Recebeu alta com vida ☐Hospitalização ☐Transferência para outra unidade ☐Óbito
☐Deixou o hospital contra conselho médico ☐Desc.

Data de desfecho [_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_ 2 _] [_ 0 _] [_A_] [_A_] ☐Desc.

Caso tenha recebido alta com vida

Necessidade de cuidados na alta em comparação a antes da enfermidade
☐A mesma de antes da enfermidade ☐Pior ☐Melhor ☐Desc.

Qual foi a impressão do médico sobre o diagnóstico final?_____

_____

Síndrome inflamatória multissistêmica ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Doença de Kawasaki ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Doença de Kawasaki atípica ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Síndrome do choque tóxico ☐Sim ☐Não ☐Desc.

Outra, especifique: _____

Havia alguma sequela presente no momento da alta. Em caso afirmativo, especifique: _____

_____

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2020. Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
Número de Referência: OPAS-W/BRA/PHE/COVID-19/20-118