

# Orientação para preenchimento do CRF (VERSÃO RÁPIDA)

## DESENHO DESTE FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE CASO (CRF)

Este CRF inclui 3 módulos:

- 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.

## ORIENTAÇÃO GERAL (adaptado das Orientações do ISARIC)

- O CRF Versão Rápida foi desenhado para coletar dados obtidos a partir do exame físico, entrevista e revisão do prontuário do hospital. Os dados podem ser coletados retrospectivamente caso o paciente seja inscrito após a data de internação.
- Os números de identificação do participante consistem em um código da unidade e um número de participante.
- É possível obter um código da unidade e fazer o registro no sistema de gestão de dados entrando em contato pelo e-mail COVID [ClinPlatform@who.int](mailto:COVID_ClinPlatform@who.int).
- Os números de participante devem ser atribuídos sequencialmente para cada unidade, começando com o 00001. Caso uma única unidade esteja recrutando participantes de diferentes alas, ou quando seja difícil atribuir números sequenciais, é aceitável atribuir números em blocos ou incluir letras. Por exemplo, a ala X atribuirá números a partir de 00001 ou A0001 em diante; e a ala Y atribuirá números a partir de 50001 ou B0001 em diante. Digite o número de identificação do participante na parte superior de cada página.
- Os dados serão inseridos no banco de dados eletrônico central da OpenClinica para a OMS encontrado no site <https://who.eclinicalhosting.com/OpenClinica/>. Os CRFs em papel podem ser usados para a posterior transferência de dados para o banco de dados eletrônico.
- Caso um participante seja transferido entre diferentes unidades, é preferível manter o mesmo número de identificação (ID) de participante em todos os locais. Quando isso for impossível, o formulário inclui um campo para registrar o novo número.
- Preencha todas as seções. As perguntas marcadas com “Caso afirmativo,…” devem ser deixadas em branco quando não se aplicarem (ou seja, quando a resposta não for sim).
- Quando múltiplas respostas forem possíveis, escolha tantas quantas se apliquem ao participante, conforme o necessário.
- Marque “Desconhecido” no caso de qualquer dado que não esteja disponível, que não se aplique ou seja desconhecido.
- Evite registrar dados fora das áreas próprias. Há seções específicas disponíveis para o registro das informações adicionais.
- Se usar CRFs de papel, recomendamos escrever de forma legível, a caneta, usando LETRA DE FORMA e em MAIÚSCULAS.

- Marque o campo com um X ao escolher a resposta correspondente. Ao fazer correções, risque (-----) os dados que deseja excluir e escreva os dados corretos acima da rasura. Rubrique e date todas as correções.
- Mantenha todas as folhas de um único participante juntas, grampeando-as, por exemplo, ou incluindo-as em uma pasta exclusiva para aquele participante.
- Todos os CRFs em papel podem ser armazenados pela instituição responsável por eles.
- Insira os dados no sistema de captura eletrônica de dados no link <https://who.eclinicalhosting.com/OpenClinica/>
- Entre em contato conosco pelo e-mail [COVID\\_ClinPlatform@who.int](mailto:COVID_ClinPlatform@who.int) para incluir dados na Plataforma de Dados Clínicos da OMS.

© Organização Pan-Americana da Saúde 2020.

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível sob a licença [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

Número de referência: OPAS-W/BRA/PHE/COVID-19/20-122

## MÓDULO 1. PREENCHA NA DATA DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**ID do participante:** Em cada folha, digite o código atribuído à unidade com 5 dígitos seguido do ID do participante com 4 dígitos. Os números dos participantes devem ser atribuídos sequencialmente para cada unidade, começando com 0001, 0002, 0003.

### 1a. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO CLÍNICA

Como definir um patógeno de interesse para a saúde pública: selecione “Sim” caso suspeite que um patógeno: pode causar doenças graves, é altamente contagioso, tem potencial para surto, é um patógeno emergente ou pode ser de interesse para a saúde pública por outra razão. Selecione “Não” caso nenhuma das alternativas anteriores se aplique.

Infecção aguda por COVID-19, suspeita ou comprovada, como principal causa da internação. Infecção comprovada por COVID-19 refere-se a um diagnóstico de COVID-19 confirmado por laboratório. Um participante também pode ser incluído caso o médico responsável pelo tratamento suspeite que ele pode estar infectado com COVID-19, com base na definição local. Marque com um “xis” (X) a caixa adequada (“sim”, “não”).

### 1b. DADOS DEMOGRÁFICOS

Inclua o sexo no nascimento e a data de nascimento no formato dia/mês/ano.

Caso a data de nascimento seja desconhecida, registre a idade em anos, ou nos casos dos < 1 ano, registre a idade em meses.

Registre se o paciente é um profissional da saúde com potencial exposição a pacientes infectados (por exemplo, mas não se limitando a: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, funcionário clínico, etc.)

Registre se o paciente é funcionário em um laboratório que processa ou faz a análise de amostras biológicas humanas. Selecione os detalhes de qualquer gravidez.

A inclusão da gravidez baseia-se na resposta relatada pela paciente e/ou testes de confirmação, caso disponíveis. Caso haja discrepância, notifique os resultados do teste. Registre “N/A” caso não haja documentação comprobatória da gravidez e caso não esteja claro se a paciente respondeu à pergunta. O número de semanas de gestação baseia-se na resposta informada pela paciente e/ou testes de confirmação (ultrassom), caso disponíveis. Caso haja discrepância, notifique a resposta dada pela paciente.

### 1c. DATA DE INÍCIO E SINAIS VITAIS NA INTERNAÇÃO

Certifique-se de que todas as medições sejam fornecidas usando as unidades de medida especificadas.

Insira a data do primeiro sintoma que, clinicamente, acredita-se estar relacionado a esse episódio de infecção por COVID-19 no formato dia/mês/ano.

Insira a data de internação na sua unidade no formulário usando o formato dia/mês/ano.

Insira os detalhes das observações clínicas feitas na internação. Para observações não feitas na internação, registre os primeiros dados disponíveis após a internação, medidos **no prazo de 24 horas a partir da internação**.

Registre a primeira temperatura documentada do paciente, independentemente da via de mensuração (oral, periférica, etc.) em graus Celsius.

Registre a primeira frequência cardíaca documentada do paciente em batimentos por minuto.

Registre a primeira frequência respiratória do paciente documentada em respirações/min.

Registre a primeira pressão arterial sistólica e diastólica documentada do paciente mensurada em mmHg.

## 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

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

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

Profissional de saúde?  Sim  Não  Desc.

Funcionário de laboratório?  Sim  Não  Desc.

Grávida?\*  Sim  Não  Desc.  N/A

Caso afirmativo: Avaliação das semanas gestacionais [ ] [ ] semanas

**Se estiver atualmente grávida ou esteve recentemente grávida (parto dentro de 21 dias após o início dos sintomas), preencha todas as seções deste CRF**

### 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 [ ] [ ]. [ ] °C Frequência cardíaca [ ] [ ] [ ] batimentos/min

Frequência respiratória [ ] [ ] respirações/min

PA [ ] [ ] [ ] (sistólica) [ ] [ ] [ ] (diastólica) mmHg Desidratação grave  Sim  Não  Desc.

Tempo de enchimento capilar > 2 segundos  Sim  Não  Desc.

Saturação de oxigênio: [ ] [ ] [ ] % em  Ar ambiente  Oxigenoterapia  Desc.

A V P U (circule uma opção)

Pontuação na escala de coma de Glasgow (GCS/15) [ ] [ ] Desnutrição  Sim  Não  Desc.

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

Registre se foi observada desidratação grave na internação. Os sinais de desidratação grave incluem mucosas secas, baixos volumes de urina de coloração escura, olhos fundos, elasticidade da pele reduzida.

Registre se o tempo de enchimento capilar foi > 2 segundos. Essa avaliação é feita pressionando-se o esterno por 5 segundos até que a pele subjacente fique branca e, em seguida, observando o tempo para o retorno à cor natural quando a pressão for cessada.

Registre a primeira **saturação periférica de oxigênio** documentada para o paciente, mensurada em porcentagem. Registre se a primeira medição documentada da saturação periférica de oxigênio do paciente ocorreu enquanto o paciente respirava o ar ambiente ou mediante qualquer forma de suplementação de oxigênio. Registre “Desconhecido” caso não esteja claro se o paciente estava respirando o ar ambiente ou oxigênio no momento da medição. Às vezes, uma medição baixa é obtida na oximetria de pulso devido à má perfusão periférica, e um local mais quente do corpo resultará em um valor maior.

Nesse caso, quando o oxímetro de pulso tiver duas leituras diferentes em sucessão, sem que se tenha iniciado a oxigenoterapia, a maior medição deve ser registrada. Caso uma medição baixa tenha sido aceita pela equipe clínica e a oxigenoterapia tenha sido alterada ou iniciada antes da repetição de uma medição, então a leitura mais baixa deve ser registrada.

Registro do **AVPU**. Registre o primeiro nível documentado de **consciência/estado mental** do paciente: o paciente estava alerta e respondia de forma adequada (A); o paciente responde a comandos verbais (V); o paciente responde à pressão ou dor (P); o paciente não responde a nenhum estímulo (U).

Registro da **Escala de coma de Glasgow**. Registre o primeiro nível documentado de consciência/estado mental do paciente.

Resposta ocular (E): 1 = Não abre os olhos; 2 = Abre os olhos em resposta à dor, como ao apertar a unha do indivíduo; 3 = abre os olhos quando ouve fala; 4 = abre os olhos espontaneamente.

Resposta verbal (V): 1 = Ausência de resposta verbal; 2 = Emite sons incompreensíveis, por exemplo, gemidos mas não palavras; 3 = Palavras inadequadas, como discurso aleatório ou exclamativo, palavras sem sentido; 4 = Confuso, responde a perguntas, mas com alguma desorientação e confusão; 5 = Orientado, quando o indivíduo responde de forma coerente e adequada às perguntas.

Resposta motora (M): 1 = Sem resposta motora; 2 = Postura descerebrada acentuada pela dor (resposta extensora: adução do braço, rotação interna do ombro, pronação do antebraço e extensão do cotovelo, flexão do punho e dedos, extensão da perna, flexão plantar do pé); 3 = postura decorticada acentuada pela dor (resposta flexora: rotação interna do ombro, flexão do antebraço e punho com punho fechado, extensão da perna, flexão plantar do pé); 4 = Retração à dor (ausência de postura anormal; incapaz de levantar a mão acima do queixo mediante dor supraorbital, mas se afasta quando o leito ungueal é pinçado); 5 = Localiza a dor (movimentos intencionais em direção a estímulos dolorosos, por exemplo, eleva a mão acima do queixo quando a pressão supraorbital é aplicada); 6 = Obedece aos comandos (o indivíduo executa tarefas simples conforme o solicitado).

Registre caso algum tipo de desnutrição (por exemplo, definhamento, retardo de crescimento, kwashiorkor, marasmo, desnutrição aguda grave) estiver listado como comorbidade ou diagnóstico.

Registro da **circunferência do braço**. Se medido, registre o circunferência do braço em mm.

Registro da **altura**. Se medida, registre a altura em cm.

Registro do **peso**. Se medido, registre o peso em kg.

**1c. DATA DE INÍCIO DE SINTOMAS 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 [ ][ ] °C Frequência cardíaca [ ][ ][ ] batimentos/min

Frequência respiratória [ ][ ] respirações/min

PA [ ][ ][ ] (sistólica) [ ][ ][ ] (diastólica) mmHg Desidratação grave  Sim  Não  Desc.

Tempo de enchimento capilar > 2 segundos  Sim  Não  Desc.

Saturação de oxigênio: [ ][ ][ ] % em  Ar ambiente  Oxigenoterapia  Desc.

**A V P U** (circule uma opção)

Pontuação na escala de coma de Glasgow (GCS/15) [ ][ ][ ] Desnutrição  Sim  Não  Desc.

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

**1d. COMORBIDADES**

Registre caso alguma dessas comorbidades estiver presente na internação. Quando condições a título de exemplo forem fornecidas, estas não pretendem ser exaustivas e outras condições de gravidade equivalente devem ser incluídas.

**Doença cardíaca crônica (excluindo hipertensão).** Inclua qualquer uma das seguintes:

- Doença arterial coronária (angina, doença cardíaca isquêmica, doença cardíaca aterosclerótica, cirurgia prévia de revascularização do miocárdio, implante de stent cardíaco/intervenção coronária prévia)
- Insuficiência cardíaca congestiva
- Doença cardíaca congênita (que causa sintomas, requer medicação ou exigiu cirurgia)
- Cardiomiopatia
- Doença cardíaca reumática.

**Hipertensão.** Pressão alta tratada por prescrição medicamentosa.

**Doença Pulmonar Crônica.** Inclua qualquer uma das doenças a seguir:

- Doença pulmonar obstrutiva crônica (também doença obstrutiva crônica das vias aéreas, bronquite crônica, enfisema)
- Fibrose cística
- Bronquiectasia
- Doença pulmonar intersticial (por exemplo, fibrose pulmonar, asbestose, doença autoimune)
- Necessidade preexistente de oxigenoterapia de longo prazo.

**Asma.** Incluir asma diagnosticada por um médico (incluindo pacientes com asma diagnosticada e que atualmente não fazem nenhum tratamento).

**Doença renal crônica.** Doença renal crônica diagnosticada por um médico, incluindo qualquer uma com:

- Marcadores de lesão renal (albuminúria, hematúria de origem renal, anormalidades eletrolíticas devido a distúrbios tubulares, anormalidades histológicas renais, anormalidades estruturais detectadas por imagem)
- Taxa de filtração glomerular estimada < 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>
- Histórico de transplante renal.

**Doença neurológica crônica.** Inclua qualquer uma das doenças a seguir:

- Paralisia cerebral
- Esclerose múltipla
- Doença do neurônio motor
- Distrofia muscular
- Miastenia grave
- Doença de Parkinson
- Acidente vascular cerebral
- Grave dificuldade de aprendizagem.

**HIV.** Histórico de infecção por HIV confirmada por laboratório ou doença definidora de AIDS. Inclua independentemente da carga viral atual ou contagem de CD4 +. Informe se o paciente está atualmente em tratamento antirretroviral.

**Diabetes.** Registre “Sim” se o paciente tiver um diagnóstico atual ou caso esteja sendo tratado para diabetes tipo I ou II, diabetes mellitus, que requer tratamento oral ou subcutâneo.

1d. COMORBIDADES (existentes na internação) – (Desc. = Desconhecido)			
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 _____			



**Tabagismo atual.** Consumo de pelo menos um cigarro, charuto, cachimbo ou equivalente por dia antes do início da enfermidade atual. Não inclua produtos de tabaco sem fumo, como tabaco mascado ou dispositivos eletrônicos de liberação de nicotina.

**Tuberculose.** Inclua pacientes atualmente em tratamento para a tuberculose. A tuberculose latente não deve ser incluída aqui. Pacientes que foram curados de tuberculose não devem ser incluídos aqui. Aqueles que apresentam sequelas pulmonares crônicas após a tuberculose devem ser incluídos como portadores de doença pulmonar crônica.

**Asplenia.** Inclua todos os que fizeram esplenectomia, pacientes com baço não funcional secundário à doença falciforme e com asplenia congênita.

**Neoplasia maligna.** Casos atuais de câncer em órgão sólido ou hematológico. Não inclua doenças malignas que foram declaradas “curadas” ≥ 5 anos atrás, sem evidências de doença em curso. Não inclua cânceres de pele não melanoma. Não inclua tumores benignos ou displasias.

Outros. Inclua outras comorbidades que a equipe clínica considere que podem afetar as reservas fisiológicas do paciente ou a resposta a esta doença ou ao tratamento. Inclua aqui quaisquer doenças infecciosas coexistentes. Especifique essas outras comorbidades.

### 1e. PRÉ-INTERNAÇÃO E MEDICAÇÃO CRÔNICA

Indique se algum desses medicamentos foi tomado nos 14 dias anteriores à internação.

Registre “Sim” caso o paciente relate que tomou qualquer inibidor da ECA (por exemplo, captopril, lisinopril, etc.) nos 14 dias anteriores à internação.

Registre “Sim” caso o paciente relate que tomou algum bloqueador do receptor da angiotensina II (BRA) (por exemplo losartana, valsartana) nos 14 dias anteriores à internação.

No caso dos anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), não inclua aspirina em baixa dosagem para fins cardioprotetores. Registre “Sim” caso o paciente relate que tomou qualquer AINE (por exemplo, ibuprofeno, ceto-rolaco, naproxeno, etc.) nos 14 dias anteriores à internação.

### 1f. SINAIS E SINTOMAS NA INTERNAÇÃO

Registre qualquer um dos sinais e sintomas relatados pelo paciente ou observados no exame físico no ato da internação.

### 1g. MEDICAMENTOS

Registre se o paciente já estava tomando qualquer um desses medicamentos no momento da internação ou registre todos os tratamentos recebidos no dia da internação. Para pacientes admitidos no final da tarde ou à noite, inclua os medicamentos tomados até o momento da internação, inclusive aqueles iniciados na primeira vez que o paciente foi avaliado pelo médico mais experiente responsável por seu atendimento (p. ex., especialista ou assistente).

**Fluidos orais/orogástricos.** Inclui todos os fluidos administrados clinicamente, mas não os líquidos que o paciente bebe normalmente.

**Fluidos intravenosos.** Registre “Sim” se no dia da internação o paciente recebeu fluidos intravenosos para reidratação, necessidades de manutenção ou reanimação.

**Antivirais.** Registre “Sim” se no dia da internação o paciente recebeu um antiviral. Indique qual medicamento foi tomado dentre os listados. Especifique outro medicamento (por exemplo, remdesivir, etc.) no campo de texto livre.

1e. ANTES DA INTERNAÇÃO E MEDICAÇÃO CRÔNICA Algum dos medicamentos a seguir foi usado no período de 14 dias antes da internação – (Desc. = Desconhecido)	
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: _____	

1f. SINAIS E SINTOMAS NA INTERNAÇÃO – (Desc. = desconhecido)			
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, especifique 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?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Fluidos intravenosos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Antiviral? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc. Caso afirmativo: <input type="checkbox"/> Ribavirina <input type="checkbox"/> Lopinavir/Ritonavir <input type="checkbox"/> Inibidor da neuraminidase	<input type="checkbox"/> Interferon alfa <input type="checkbox"/> Interferon beta <input type="checkbox"/> Outro, especifique: _____
Corticosteroide? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc. Caso afirmativo, via: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Inalatória	Caso afirmativo, informe o agente e dose máxima diária: _____
Antibiótico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc. Caso afirmativo, especifique: _____	
Agente antifúngico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	
Agente antimalárico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc. Caso afirmativo, especifique: _____	
Agente experimental? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc. Caso afirmativo, especifique: _____	
Anti-inflamatório não esteroides (AINEs) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	
Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (inibidores da ECA) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	
Bloqueadores de receptores da angiotensina II (BRAs) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	
Anticoagulação sistêmica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.	

**Corticosteroides.** Registre “Sim” se no dia da internação o paciente recebeu um corticosteroide (por exemplo, hidrocortisona, decadron, prednisona, beclometasona, budesonida, etc.) Selecione todas as vias de administração aplicáveis; registre a dose diária máxima. Deixe em branco se não for o caso.

**Antibióticos.** Registre “Sim” se no dia da internação o paciente recebeu um antibiótico (por exemplo, levofloxacina, meropenem, ceftriaxona, vancomicina, etc.).

**Antifúngicos.** Registre “Sim” se no dia da internação o paciente recebeu um antifúngico (por exemplo, anfotericina, fluconazol).

**Agentes antimaláricos.** Registre “Sim” se no dia da internação o paciente recebeu um antimalárico (por exemplo, terapias combinadas à base de artemisinina, hidroxicloroquina, cloroquina, artesunato, sulfadoxina-pirimetamina, etc.).

**Agentes experimentais.** Registre “Sim” se no dia da internação o paciente recebeu um agente experimental para tratamento não listado acima como antiviral (por exemplo, azitromicina, hidroxicloroquina, IVIg, imunomoduladores, etc.).

**Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs).** Registre “Sim” se no dia da internação, o paciente recebeu um AINE (por exemplo, ibuprofeno, cetorolaco, naproxeno, etc.). Não inclua aspirina em baixas doses para fins cardioprotetores.

**Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (inibidores da ECA).** Registre “Sim” caso o paciente relate ter tomado qualquer inibidor da ECA (por exemplo, captopril, lisinopril, etc.)

**Bloqueadores do receptor da angiotensina II (BRAs).** Registre “Sim” caso o paciente relate ter tomado qualquer BRA (por exemplo, losartana, valsartana) nos 14 dias anteriores à internação.

**Anticoagulação sistêmica.** Registre “Sim” se no dia da internação o paciente recebeu anticoagulação sistêmica (por exemplo, heparina em qualquer formulação, varfarina, etc.)

## 1h. CUIDADOS DE SUPORTE

Registre todos os tratamentos recebidos no dia da internação. Para pacientes admitidos no final da tarde ou à noite, inclua os medicamentos tomados até o momento da internação, inclusive aqueles iniciados na primeira vez que o paciente foi avaliado pelo médico mais experiente responsável por seu atendimento (p. ex., especialista ou assistente).

**UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.** Registre “Sim” se no dia da internação, o paciente foi internado na unidade de terapia intensiva ou na unidade de alta dependência no dia da internação.

**Oxigenoterapia.** Forneça detalhes de qualquer terapia suplementar de oxigênio fornecida. Registre “Sim” se no dia da internação o paciente recebeu oxigenoterapia (por exemplo, baixo fluxo, alto fluxo, máscara facial). Caso o paciente tenha recebido oxigenoterapia, registre o fluxo mais alto administrado no dia da internação. Deixe em branco se não for o caso. Se o paciente recebeu oxigenoterapia, registre a fonte de oxigênio. Se várias fontes tiverem sido usadas, selecione a fonte mais comum. Deixe em branco se não for o caso. Caso o paciente tenha recebido oxigenoterapia, registre qual interface foi utilizada. Caso várias interfaces tiverem sido utilizadas, selecione a interface primária utilizada. Deixe em branco se não for o caso.

**Ventilação não invasiva.** Registre “Sim” se no dia da internação, o paciente tiver recebido ventilação não invasiva. Inclua qualquer tratamento de pressão positiva administrado por meio de uma máscara bem ajustada. Pode ser pressão positiva contínua (CPAP) ou uma pressão ajustada de acordo com o ciclo respiratório (BIPAP).

**Ventilação invasiva.** Registre “Sim” se no dia da internação o paciente recebeu ventilação invasiva (por exemplo, ventilação mecânica com ventilador). Não inclua pacientes que estiverem respirando independentemente por meio de traqueostomia.

### 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 esteroides (AINEs)**  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 SUPORTE 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  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.

**PEEP.** Se no dia da internação, o paciente tiver recebido ventilação, registre a pressão expiratória final positiva (PEEP) (cmH<sub>2</sub>O) medida o mais próximo de 08:00.

**FiO<sub>2</sub>.** Se no dia da internação, o paciente tiver recebido ventilação invasiva, registre a fração inspirada de oxigênio (FiO<sub>2</sub>) (%) medida o mais próximo de 08:00. Se no dia da internação, o paciente tiver recebido ventilação invasiva, registre a pressão de platô (cmH<sub>2</sub>O) medida o mais próximo de 08:00.

**PaCO<sub>2</sub>.** Se no dia da internação o paciente tiver recebido ventilação invasiva e tiver sido submetido à gasometria arterial, registre a pressão arterial parcial de dióxido de carbono (PaCO<sub>2</sub>) registrada o mais próximo de 08:00.

**PaO<sub>2</sub>.** Se no dia da internação o paciente tiver recebido ventilação invasiva e tiver sido submetido à gasometria arterial, registre a pressão arterial parcial de oxigênio (PaO<sub>2</sub>) registrada o mais próximo de 08:00.

**Suporte respiratório extracorpóreo.** Registre “Sim” se no dia da internação o paciente recebeu suporte extracorpóreo (por exemplo, ECMO, ECLS, E-RCP).

**Posição pronada.** Registre para qualquer paciente ventilado caso tenha sido colocado na posição pronada para auxiliar na ventilação.

**Inotrópicos/vasopressores.** Registre “Sim” se no dia da internação o paciente tiver recebido inotrópicos/vasopressores em infusão contínua (por exemplo, epinefrina/adrenalina, norepinefrina, vasopressina, etc.).

### 1i. RESULTADOS LABORATORIAIS NA INTERNAÇÃO

Inclua os resultados nas primeiras 24 horas após a internação. Para exames que foram repetidos por motivos clínicos, inclua a primeira medição. Especifique as unidades utilizadas para cada medição.

#### 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
Lactato		<input type="checkbox"/> mg/dL	<input type="checkbox"/> mmol/L	IL-6		<input type="checkbox"/> pg/mL	



## MÓDULO 2. ACOMPANHAMENTO DIÁRIO DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Preencha diariamente durante a internação hospitalar e pelo número de dias que os recursos permitirem.

Indique a data de acompanhamento para este formulário. Todos os dados devem referir-se a essa data, da meia-noite à meia-noite.

### 2a. SINAIS VITAIS

Registre um valor para o dia (da meia-noite à meia-noite) na data de acompanhamento indicada no formulário.

**Temperatura.** Indique a maior temperatura registrada em graus Celsius.

**Frequência cardíaca.** Indique a maior frequência cardíaca registrada.

**Frequência respiratória.** Indique a maior frequência cardíaca registrada.

**Pressão arterial.** Indique a pressão arterial mais baixa registrada.

**Desidratação grave.** Registre se uma desidratação grave foi observada em qualquer ponto durante o dia de acompanhamento. Os sinais de desidratação grave incluem mucosas secas, baixos volumes de urina de coloração escura, olhos fundos, elasticidade da pele reduzida.

**Tempo de enchimento capilar.** Registre se o tempo de enchimento capilar foi > 2 segundos.

Essa avaliação é feita pressionando-se o esterno por 5 segundos até que a pele subjacente fique branca e, em seguida, observando o tempo para o retorno à cor natural quando a pressão for cessada.

**Saturação de oxigênio.** Indique a menor saturação confiável de oxigênio registrada.

Registre a primeira saturação periférica de oxigênio documentada para o paciente, mensurada em porcentagem. Registre se a primeira medição documentada da saturação periférica de oxigênio do paciente ocorreu enquanto o paciente respirava o ar ambiente ou mediante qualquer forma de suplementação de oxigênio. Registre “Desconhecido” caso não esteja claro se o paciente estava respirando o ar ambiente ou oxigênio no momento da medição. Às vezes, uma medição baixa é obtida na oximetria de pulso devido à má perfusão periférica, e um local mais quente do corpo resultará em um valor maior. Nesse caso, quando o oxímetro de pulso tiver duas leituras diferentes em sucessão, sem que se tenha iniciado a oxigenoterapia, a maior medição deve ser registrada. Caso uma medição baixa tenha sido aceita pela equipe clínica e a oxigenoterapia tenha sido alterada ou iniciada antes da repetição de uma medição, então a leitura mais baixa deve ser registrada.

**AVPU.** Registre o primeiro nível documentado de consciência/estado mental do paciente: o paciente estava alerta e respondia de forma adequada (A); o paciente responde a comandos verbais (V); o paciente responde à pressão ou dor (P); o paciente não responde a nenhum estímulo (U).

**Escala de coma de Glasgow.** Registre o primeiro nível documentado de consciência/estado mental do paciente.

Resposta ocular (E): 1 = Não abre os olhos; 2 = Abre os olhos em resposta à dor, como ao apertar a unha do indivíduo; 3 = abre os olhos quando ouve fala; 4 = abre os olhos espontaneamente.

Resposta verbal (V): 1 = Ausência de resposta verbal; 2 = Emite sons incompreensíveis, por exemplo, gemidos mas não palavras; 3 = Palavras inadequadas, como discurso aleatório ou exclamativo, palavras sem sentido; 4 = Confuso, responde a perguntas, mas com alguma desorientação e confusão; 5 = Orientado, quando o indivíduo responde de forma coerente e adequada às perguntas.

Resposta motora (M): 1 = Ausência de resposta motora; 2 = Postura descerebrada acentuada pela dor (resposta extensora: adução do braço, rotação interna do ombro, pronação do antebraço e extensão do cotovelo, flexão do punho e dedos, extensão da perna, flexão plantar do pé);

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

Data do acompanhamento [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

### 2a. SINAIS VITAIS (indique o valor mais anormal entre 00:00 e 24:00) – (Desc. = Desconhecido)

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** [ ] [ ]



3 = postura decorticada acentuada pela dor (resposta flexora: rotação interna do ombro, flexão do antebraço e punho com punho fechado, extensão da perna, flexão plantar do pé); 4 = Retração à dor (ausência de postura anormal; incapaz de levantar a mão acima do queixo mediante dor supraorbital, mas se afasta quando o leito ungueal é pinçado); 5 = Localiza a dor (movimentos intencionais em direção a estímulos dolorosos, por exemplo, eleva a mão acima do queixo quando a pressão supraorbital é aplicada); 6 = Obedece aos comandos (o indivíduo executa tarefas simples conforme o solicitado).

### 2b. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DIÁRIAS

Registre “sim” para todas as que estiveram presentes a qualquer momento durante a data de acompanhamento informada no formulário.

### 2c. RESULTADOS LABORATORIAIS

Indique todos os resultados laboratoriais para o dia de acompanhamento (da meia-noite à meia-noite) indicado no formulário. O dia de acompanhamento deste formulário deve corresponder à data de coleta de amostra, não à data em que o laboratório informou o resultado. Caso um exame tenha sido repetido para monitorar um progresso (por exemplo, após o tratamento para uma anormalidade eletrolítica), indique o resultado mais anormal (ou seja, o resultado mais distante da faixa fisiológica normal, conforme o indicado pelo seu laboratório). Informe esses resultados com a unidade de mensuração utilizada por seu laboratório na coluna de valor.

### 2d. MEDICAMENTOS

Registre se o paciente recebeu algum desses medicamentos na data indicada neste formulário de acompanhamento. Selecione quantos tratamentos forem aplicáveis.

**Fluidos orais/orogástricos.** Inclui todos os fluidos administrados clinicamente, mas não os líquidos que o paciente estiver bebendo normalmente.

**Fluidos intravenosos.** Registre “Sim” se no dia do acompanhamento o paciente recebeu fluidos intravenosos para reidratação, necessidades de manutenção ou reanimação.

**Antivirais.** Registre “Sim” se no dia da internação o paciente recebeu um antiviral. Indique qual medicamento foi tomado dentre os listados. Especifique outro medicamento (por exemplo, remdesivir, etc.) no campo de texto livre.

**Corticosteroides.** Registre “Sim” se no dia do acompanhamento o paciente recebeu um corticosteroide (por exemplo, hidrocortisona, decadron, prednisona, beclometasona, budesonida, etc.) Selecione todas as vias de administração aplicáveis; registre a dose diária máxima. Deixe em branco se não for o caso.

**Antibióticos.** Registre “Sim” se no dia do acompanhamento o paciente tiver recebido um antibiótico (por exemplo, levofloxacina, meropenem, ceftriaxona, vancomicina, etc.).

**Antifúngicos.** Registre “Sim” se no dia do acompanhamento o paciente recebeu um antifúngico (por exemplo, anfotericina, fluconazol).

**Agente antimalárico.** Registre “Sim” se no dia do acompanhamento o paciente recebeu um antimalárico (por exemplo, terapias combinadas à base de artemisinina, hidroxiquina, cloroquina, artesunato, sulfadoxina-pirimetamina, etc.).

**Agentes experimentais.** Registre “Sim” se no dia do acompanhamento o paciente recebeu um agente experimental para tratamento não listado acima como antiviral (por exemplo, azitromicina, hidroxiquina, IVIg, imunomoduladores, etc.).

**Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs).** Registre “Sim” se no dia do acompanhamento, o paciente recebeu um AINE (por exemplo, ibuprofeno, cetorolaco, naproxeno, etc.). Não inclua aspirina em baixas doses para fins cardioprotetores.

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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Fluidos intravenosos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Antiviral? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Caso afirmativo: <input type="checkbox"/> Ribavirina <input type="checkbox"/> Lopinavir/Ritonavir <input type="checkbox"/> Inibidor da neuraminidase
<input type="checkbox"/> Interferon alfa <input type="checkbox"/> Interferon beta <input type="checkbox"/> Outro, especifique: _____
Corticosteroide? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Caso afirmativo, via: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Inalatória
Caso afirmativo, informe o agente e dose máxima diária: _____
Antibiótico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc. Caso afirmativo, especifique: _____
Agente antifúngico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Agente antimalárico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc. Caso afirmativo, especifique: _____
Agente experimental? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc. Caso afirmativo, especifique: _____
Anti-inflamatório não esteroides (AINEs) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (inibidores da ECA) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Bloqueadores de receptores da angiotensina II (ARBs) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Anticoagulação sistêmica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.

**Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (inibidores da ECA).** Registre “Sim” caso o paciente relate ter tomado qualquer inibidor da ECA (por exemplo, captopril, lisinopril, etc.) no dia do acompanhamento.

**Bloqueadores do receptor da angiotensina II (BRAs).** Registre “Sim” se o paciente relatar ter tomado qualquer BRA (por exemplo, losartana, valsartana) no dia do acompanhamento.

**Anticoagulação sistêmica.** Registre “Sim” se no dia do acompanhamento o paciente recebeu anticoagulação sistêmica (por exemplo, heparina em qualquer formulação, varfarina, etc.)

## 2e. CUIDADOS DE SUPORTE

Registre todos os tratamentos recebidos no dia do acompanhamento.

**UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.** Registre “Sim” se no dia do acompanhamento o paciente foi admitido na unidade de terapia intensiva ou unidade de alta dependência no dia da internação.

**Oxigenoterapia.** Forneça detalhes de qualquer terapia suplementar de oxigênio fornecida. Registre “Sim” se no dia do acompanhamento o paciente recebeu oxigenoterapia (por exemplo, baixo fluxo, alto fluxo, máscara facial). Se o paciente tiver recebido oxigenoterapia, registre o fluxo mais alto administrado no dia. Deixe em branco se não for o caso. Se o paciente recebeu oxigenoterapia, registre a fonte de oxigênio. Se várias fontes tiverem sido usadas, selecione a fonte mais comum. Deixe em branco se não for o caso. Caso o paciente tenha recebido oxigenoterapia, registre qual interface foi utilizada. Caso várias interfaces tiverem sido utilizadas, selecione a interface primária utilizada. Deixe em branco se não for o caso.

**Ventilação não invasiva.** Registre “Sim” se no dia do acompanhamento o paciente tiver recebido ventilação não invasiva. Inclua qualquer tratamento de pressão positiva administrado por meio de uma máscara bem ajustada. Pode ser uma pressão positiva contínua (CPAP) ou uma pressão que muda com o ciclo respiratório (BIPAP).

**Ventilação invasiva.** Registre “Sim” se no dia do acompanhamento o paciente recebeu ventilação invasiva (por exemplo, ventilação mecânica com ventilador). Não inclua pacientes que estiverem respirando independentemente por meio de traqueostomia.

**PEEP. Se no dia do acompanhamento, o paciente tiver recebido ventilação, registre a pressão expiratória final positiva (PEEP) (cmH<sub>2</sub>O) medida o mais próximo de 08:00.**

**FiO<sub>2</sub>.** Se no dia do acompanhamento, o paciente tiver recebido ventilação invasiva, registre a fração inspirada de oxigênio (FiO<sub>2</sub>) (%) medida o mais próximo de 08:00. Se no dia do acompanhamento, o paciente tiver recebido ventilação invasiva, registre a pressão de platô (cmH<sub>2</sub>O) medida o mais próximo de 08:00.

**PaCO<sub>2</sub>.** Se no dia do acompanhamento o paciente tiver recebido ventilação invasiva e tiver sido submetido à gasometria arterial, registre a pressão arterial parcial de dióxido de carbono (PaCO<sub>2</sub>) registrada o mais próximo de 08:00.

**PaO<sub>2</sub>.** Se no dia do acompanhamento o paciente tiver recebido ventilação invasiva e tiver sido submetido à gasometria arterial, registre a pressão arterial parcial de oxigênio (PaO<sub>2</sub>) registrada o mais próximo de 08:00.

**Suporte respiratório extracorpóreo.** Registre “Sim” se no dia da internação o paciente tiver recebido suporte extracorpóreo (por exemplo, ECMO, ECLS, E-RCP).

**Posição pronada.** Registre para qualquer paciente ventilado se eles estiveram na posição pronada para auxiliar na ventilação.

**Inotrópicos/vasopressores.** Registre “Sim” se no dia do acompanhamento o paciente tiver recebido inotrópicos/vasopressores em infusão contínua (por exemplo, epinefrina/adrenalina, norepinefrina, vasopressina, etc.).

**Terapia renal substitutiva (TRS) ou diálise** isso inclui qualquer forma de terapia de substituição renal contínua ou hemodiálise intermitente.

### 2e. CUIDADOS DE SUPORTE 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.

### MÓDULO 3. PREENCHA NA ALTA OU EM CASO DE ÓBITO

Esta página deve ser preenchida assim que o paciente receber alta ou vier a óbito, usando todos os dados disponíveis durante a sua permanência no hospital.

#### 3a. EXAMES DIAGNÓSTICOS/PATÓGENOS

**Radiografia/TC de tórax.** Selecione “Sim” se uma radiografia de tórax ou tomografia computadorizada torácica tiver sido realizada em qualquer momento durante a internação do paciente.

**Infiltrados presentes.** Assinale se houver infiltrados, se eles forem observados como presentes por um radiologista. Também é possível selecionar “Sim” se você for qualificado para avaliar as imagens ou se um membro sênior da equipe clínica que cuida do paciente tiver documentado que as imagens mostravam “infiltrados”, “consolidação” ou “sinais radiológicos de pneumonia”.

**Exame de patógenos.** Para cada patógeno, selecione se o exame foi positivo (o patógeno foi encontrado), negativo (o patógeno não foi encontrado) ou o exame não foi feito. Onde um patógeno houver sido identificado, especifique o organismo identificado com a maior precisão possível.

#### 3b. COMPLICAÇÕES

Selecione todas as complicações presentes a qualquer momento durante a internação hospitalar.

**Choque.** Uma insuficiência circulatória aguda com risco de vida. Os sinais podem incluir taquicardia, taquipneia, hipotensão e estado mental alterado.

**Convulsão.** Uma convulsão ou “ataque” é uma contração rítmica involuntária dos músculos.

Selecione “Sim” para qualquer crise convulsiva, independentemente da causa (por exemplo, febre ou devido à epilepsia).

**Meningite/encefalite.** Inflamação das meninges ou do cérebro. Selecione “Sim” se diagnosticado clinicamente, radiologicamente ou microbiologicamente.

**Anemia.** Selecione “Sim” se os níveis de hemoglobina forem inferiores segundo a idade e os limites específicos para aquele sexo conforme listados abaixo.

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

**Arritmia cardíaca.** Registre “Sim” se a qualquer momento durante a hospitalização o paciente tiver sido diagnosticado com arritmia cardíaca (por exemplo, taquicardia ventricular, fibrilação ventricular, QT longo, fibrilação atrial, flutter atrial, taquicardia atrial, taquicardia atrioventricular, bloqueio atrioventricular de qualquer grau, bradicardia, etc.). NÃO inclua contrações ventriculares prematuras, contrações atriais prematuras, pausas sinusais ou variações no ritmo devido à respiração.

### 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 para agentes 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.		



**Parada cardíaca.** Registre “Sim” caso o paciente tiver tido uma falta repentina de pulso palpável, com perda de consciência e respiração ausente, precedida ou acompanhada por um ou mais dos seguintes sinais/sintomas: **respiração anormal, dor no peito, falta de ar, náusea**, fadiga, desmaios, tonturas, fraqueza.

**Pneumonia.** Selecione ‘Sim’ se uma pneumonia tiver sido diagnosticada radiologicamente ou se o diagnóstico de alta do paciente for registrado como pneumonia. Registre “Sim” se em qualquer momento durante a hospitalização o paciente tiver sido diagnosticado com pneumonia por qualquer patógeno (por exemplo, bacteriano, viral, fúngico ou desconhecido). Isso inclui pneumonia associada ao ventilador.

**Bronquiolites.** Este é um diagnóstico clínico, geralmente em crianças < 2 anos de idade.

**Síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA):** Definido de acordo com os critérios de Berlim tais como:

- Síndrome que ocorre no prazo de 1 semana após um insulto clínico conhecido ou agravamento dos sintomas respiratórios.
- Opacidades radiológicas bilaterais não totalmente explicadas por derrames, colapso lobular/pulmonar ou nódulos.
- Insuficiência respiratória não totalmente explicada por insuficiência cardíaca ou sobrecarga de fluidos.

**Acidente Vascular Cerebral.**

- **AVC isquêmico.** Registre “sim” se o paciente tiver uma disfunção neurológica aguda causada por infarto focal em um ou vários locais do cérebro.
- **Hemorragia intracraniana.** Registre “sim” se o paciente tiver tido uma coleção focal de sangue dentro do parênquima cerebral ou sistema ventricular que não foi causada por trauma e que pode levar a disfunção neurológica aguda.

**Bacteremia.** Crescimento de bactérias em hemocultura. Selecione “Não” se as únicas bactérias cultivadas tiverem sido consideradas contaminantes da pele.

**Hemorragia.** Registre “Sim” para hemorragia em qualquer local.

**Endocardite.** Inflamação do endocárdio (revestimento interno do coração). O diagnóstico deve obedecer aos critérios de Duke modificados, usando evidências de resultados microbiológicos, ecocardiograma e sinais clínicos.

**Miocardite/pericardite.** Inflamação do coração ou pericárdio (revestimento externo do coração). O diagnóstico pode ser alcançado a partir de resultados de imagens, ECG, bioquímica e resultados hematológicos.

**Lesão renal aguda.** Registre “Sim” se em qualquer momento durante a hospitalização o paciente tiver sido diagnosticado com lesão renal aguda (LRA) ou insuficiência renal. A lesão renal aguda é definida como por qualquer um destes elementos:

- Aumento da creatinina sérica em  $\geq 0,3$  mg / dL ( $\geq 26,5$   $\mu$ mol/L) em 48 horas.
- Aumento da creatinina sérica para  $\geq 1,5$  vezes o valor basal, que se sabe ou presume-se que tenha ocorrido nos 7 dias anteriores.
- Volume de urina < 0,5 mL/kg/hora por 6 horas.

**Pancreatite.** Inflamação do pâncreas, diagnosticada a partir de evidências clínicas, bioquímicas, radiológicas ou histológicas.

**Disfunção hepática.** Registre “Sim” se em qualquer momento durante a internação o paciente foi diagnosticado com disfunção ou insuficiência hepática. Definido por qualquer um destes elementos: um aumento na alanina transaminase ou aspartato transaminase que é igual a duas vezes o limite superior da faixa normal; icterícia clínica; hiperbilirrubinemia (nível de bilirrubina no sangue duas vezes o limite superior da faixa normal).

**Cardiomiopatia.** Registre “Sim” se em qualquer momento durante a internação o paciente tiver sido diagnosticado com disfunção ou insuficiência hepática.

**Outros.** Informe quaisquer outras complicações graves durante a internação desse paciente.

3c. MEDICAÇÃO Durante a hospitalização ou na ocasião da alta, foram administrados: (Desc. = Desconhecido)
Fluidos orais/orogástricos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Fluidos intravenosos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.
Antiviral? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc. <b>Caso afirmativo:</b> <input type="checkbox"/> Ribavirina <input type="checkbox"/> Lopinavir/Ritonavir <input type="checkbox"/> Inibidor da neuraminidase <input type="checkbox"/> Interferon alfa <input type="checkbox"/> Interferon beta <input type="checkbox"/> Outro, especifique: _____
Corticosteroide? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc. <b>Caso afirmativo</b> , via: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Inalatória <b>Caso afirmativo</b> , especifique o agente e a dose máxima diária: _____
Antibiótico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc. <b>Caso afirmativo</b> , especifique: _____
Agente antifúngico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc. <b>Caso afirmativo</b> , especifique: _____
Agente antimalárico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc. <b>Caso afirmativo</b> , especifique: _____
Agente experimental? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc. <b>Caso afirmativo</b> , especifique: _____
Anti-inflamatório não esteroideal (AINE) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc. <b>Caso afirmativo</b> , especifique: _____
Anticoagulação sistêmica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desc.



### 3c. MEDICAMENTOS

Registre caso o paciente tiver recebido algum desses medicamentos durante a internação ou como medicamento para levar para casa na alta.

**Fluidos orais/orogástricos.** Inclui todos os fluidos administrados clinicamente, mas não os líquidos que o paciente bebe normalmente.

**Fluidos intravenosos.** Registre “Sim” se em qualquer momento durante a internação do paciente, o paciente recebeu fluidos intravenosos para reidratação, necessidades de manutenção ou reanimação.

**Antivirais.** Registre “Sim” se em qualquer momento durante a internação do paciente, o paciente recebeu um antiviral. Indique qual medicamento foi tomado dentre os listados. Especifique outro medicamento (por exemplo, remdesivir, etc.) no campo de texto livre.

**Corticosteroides.** Registre “Sim” se em qualquer momento durante a internação do paciente, o paciente recebeu um corticosteroide (por exemplo, hidrocortisona, decadron, prednisona, beclometasona, budesonida, etc.). Selecione todas as vias de administração aplicáveis; registre a dose diária máxima. Deixe em branco se não for o caso.

**Antibióticos.** Registre “Sim” se em qualquer momento durante a internação do paciente, o paciente recebeu um antibiótico (por exemplo, levofloxacina, meropenem, ceftriaxona, vancomicina, etc.).

**Antifúngicos.** Registre “Sim” se em qualquer momento durante a internação do paciente, o paciente recebeu um antiviral.

**Agentes antimaláricos.** Registre “Sim” se em qualquer momento durante a internação do paciente, o paciente tiver recebido um antimalárico (por exemplo, terapias combinadas à base de artemisinina, hidroxicloroquina, cloroquina, artesunato, sulfadoxina-pirimetamina, etc.).

**Agentes experimentais.** Registre “Sim” se em qualquer momento durante a internação do paciente, o paciente tiver recebido um agente experimental para tratamento não listado acima como um antiviral (por exemplo, azitromicina, hidroxicloroquina, IVIg, imunomoduladores, etc.).

**Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs).** Registre “Sim” se em qualquer momento durante a internação do paciente, o paciente recebeu um AINE (por exemplo, ibuprofeno, cetorolaco, naproxeno, etc.). Não inclua aspirina em baixas doses para fins cardioprotetores.

**Anticoagulação sistêmica.** Registre “Sim” se no dia da internação o paciente recebeu anticoagulação sistêmica (por exemplo, heparina em qualquer formulação, varfarina, etc.).

### 3d. CUIDADOS DE SUPORTE

**UTI.** Informe se o paciente foi admitido em UTI ou unidade de alta dependência em algum momento durante sua permanência no hospital. Relate o número total de dias que o paciente permaneceu na UTI ou em uma unidade de alta dependência.

Indique a data em que foi internado na UTI. Caso o paciente tenha ido a óbito na UTI ou tiver sido transferido da UTI da sua unidade para a UTI de outro hospital, selecione “na UTI no desfecho”, caso contrário, registre a data em que eles receberam alta da UTI.

**Oxigenoterapia.** Forneça detalhes de qualquer terapia suplementar de oxigênio fornecida. Registre “Sim” se em algum dia durante a hospitalização o paciente recebeu oxigenoterapia (por exemplo, baixo fluxo, alto fluxo, máscara facial). Se o paciente tiver recebido oxigenoterapia, registre o fluxo mais alto administrado no dia. Deixe em branco se não for o caso. Se o paciente recebeu oxigenoterapia, registre a fonte de oxigênio. Se várias fontes tiverem sido usadas, selecione a fonte mais comum. Deixe em branco se não for o caso. Caso o paciente tenha recebido oxigenoterapia, registre qual interface foi utilizada. Caso várias interfaces tiverem sido utilizadas, selecione a interface primária utilizada. Deixe em branco se não for o caso.

### 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 esteroides (AINEs)**  Sim  Não  Desc.  
**Caso afirmativo, especifique:** \_\_\_\_\_

**Anticoagulação sistêmica**  Sim  Não  Desc.

### 3d. CUIDADOS DE SUPORTE 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.

**Ventilação não invasiva.** Registre “Sim” se em algum dia da internação o paciente recebeu ventilação não invasiva. Inclua qualquer tratamento de pressão positiva administrado por meio de uma máscara bem ajustada. Pode ser pressão positiva contínua (CPAP) ou uma pressão ajustada de acordo com o ciclo respiratório (BIPAP).

**Ventilação invasiva.** Registre “Sim” se no dia da internação o paciente tiver recebido ventilação invasiva (por exemplo, ventilação mecânica com ventilador). Não inclua pacientes que estiverem respirando independentemente por meio de traqueostomia.

**Suporte respiratório extracorpóreo.** Registre “Sim” se em qualquer dia durante a hospitalização o paciente tiver recebido suporte extracorpóreo (por exemplo, ECMO, ECLS, E-CPR).

**Posição pronada.** Registre para qualquer paciente ventilado caso tenha sido colocado na posição pronada para auxiliar na ventilação.

**Inotrópicos/vasopressores.** Registre “Sim” se no dia da internação o paciente tiver recebido inotrópicos/vasopressores em infusão contínua (por exemplo, epinefrina/adrenalina, norepinefrina, vasopressina, etc.).

**Terapia renal substitutiva (TRS) ou diálise** isso inclui qualquer forma de terapia de substituição renal contínua ou hemodiálise intermitente.

### 3e. DESFECHO

Registre o desfecho final do paciente. Selecione apenas um desfecho.

**Recebeu alta com vida** significa que o paciente recebeu alta para casa com vida e não para cuidado paliativo. Pode significar alta para o local de residência habitual antes da doença, para a casa de um parente ou amigo ou para um centro de assistência social, porque a sua doença não é mais grave o suficiente para justificar o tratamento em uma unidade médica.

**Hospitalizado** significa que o paciente continua hospitalizado sem a possibilidade de coleta contínua de dados.

**Transferência para outra unidade** significa que o paciente foi transferido para outra unidade que oferece atendimento médico. Pode ser um centro especializado para um tratamento mais intensivo ou uma redução no cuidado para a reabilitação. Não inclui unidades que oferecem apenas assistência social (esses pacientes devem ser listados como tendo alta com vida).

**Óbito** significa que o paciente veio a óbito no hospital.

**Alta paliativa** significa que o paciente recebeu alta com a expectativa de que não vai se recuperar desta doença. Pode ser para um hospital especializado ou para o seu endereço residencial habitual com medicação adequada para pacientes terminais.

**Desconhecido** deve ser usado nos casos em que o paciente perde o acompanhamento ou o desfecho é desconhecido/não documentado.

**Data do desfecho.** Indique a data para o desfecho listado acima.

Caso o **paciente tenha recebido alta com vida**, registre a capacidade de autocuidado do paciente no momento da alta, em comparação à sua capacidade ANTES dessa doença (não no momento da internação).

### 3d. CUIDADOS DE SUPORTE 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.

### 3e. DESFECHO (Desc. = Desconhecido)

**Desfecho:**  Recebeu alta com vida  Hospitalização  Transferência para outra unidade  Óbito  Alta paliativa  Desc.

**Data do desfecho:** [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A]  Desc.

**Caso tenha recebido alta com vida, capacidade de cuidar de si próprio comparado ao período antes da enfermidade:**  A mesma de antes da enfermidade  Pior  Melhor  Desc.