

Chart Abstraction Questionnaire for the Investigation of Guillain-Barré Syndrome in Relation to Arboviral Infections

O tempo estimado para a coleta dessas informações do público é em média 60 minutos por questionário, incluindo o tempo para revisar as instruções, buscar fontes de dados existentes, coletar e manter os dados necessários, completar e revisar o questionário. Uma agência não poderá realizar ou financiar, e uma pessoa não é obrigada a responder, a coleta de informações a menos que um número de controle OMB atualmente válido seja apresentado. Envie comentários sobre esta estimativa ou qualquer outro aspecto da coleta de informações, incluindo sugestões para reduzir esta carga para CDC / ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74 Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1011)

Nº Identif. Estudo BR- ____ - ____ - ____

 Caso Controle

O número de identificação começa com 2 dígitos (por exemplo, BR01), seguido de um "A" para o paciente-caso, um "B" para o primeiro controle, um "C" para o segundo controle e um "D" para o terceiro controle. Por exemplo, o segundo sujeito controle pareado ao número de caso 8 seria identificado como "BR-08-C."

As páginas a seguir deverão ser preenchidas com base nos prontuários médicos/exames dos casos e controles aplicáveis:

Responsável pela revisão do prontuário: _____ Data da revisão: ____ / ____ / ____
 DD MM AAAA

1. a. Para ambos, nos 2 meses anteriores a ____ / ____ / ____ (Data de início dos sintomas neurológicos do caso), a pessoa procurou atendimento por um médico/hospital com uma doença aguda (para os casos, além de sua doença neurológica)? Sim Não Não sei

b. Em caso afirmativo, quando a pessoa indicou pela primeira vez estar passando mal? ____ / ____ / ____

c. Em caso afirmativo, quais sintomas a pessoa citou ou quais sinais foram observados (marque todas as opções que se apliquem)?

Febre Calafrios Náusea ou vômito Diarreia

Dores musculares Dores nas articulações Erupções da pele Vermelhidão anormal dos olhos

Dor-de-cabeça Dor por trás dos olhos Torcicolo Confusão

Dor abdominal Tosse Corrimento nasal Dor de garganta Dor na panturrilha

d. Se houve coleta de sangue para esta doença aguda, preencha as seguintes informações relativas à coleta de sangue INICIAL:

Data ____ / ____ / ____ WBC ____ HgB ____ Plts ____ Na ____ K ____

BUN ____ Cr ____ Glicose ____ BiliTot ____ AST ____ ALT ____ FosfAlc ____

e. Em caso afirmativo, a pessoa foi hospitalizada em função dessa doença aguda? Sim Não Não sei

f. Em caso afirmativo, a pessoa recebeu algum produto hemoderivado/IVIG para esta doença?

Sim Não Não sei Qual produto? _____ Data? ____ / ____ / ____

g. Em caso afirmativo, a pessoa recebeu plasmaferese/troca de plasma para tratar dessa doença?

Sim Não Não sei Em caso afirmativo, especifique a data. ____ / ____ / ____

2. a. Para ambos, esse paciente teve o exame da dengue realizado durante a doença aguda?

Sim Não Não sei

b. Em caso afirmativo, qual foi a data da coleta da amostra? ____ / ____ / ____

c. Em caso afirmativo, que amostra(s) foi(foram) coletada(s)? Soro Sangue LCR
 (Se mais de 1 amostra clínica coletada, escreva na margem o tipo de amostra, data da coleta e resultado)

d. Em caso afirmativo, marque o(s) exame(s) feitos e circule o resultado (marque todas as opções que se apliquem).

PCR Pos. Neg. Não sei

NS1 Pos. Neg. Não sei

IgM Pos. Neg. Não sei

IgG Pos. Neg. Não sei

3. a. Para ambos, esse paciente teve o exame da chikungunya realizado durante a doença aguda?

Sim Não Não sei

b. Em caso afirmativo, qual foi a data da coleta da amostra? __ __ / __ __ / _____

c. Em caso afirmativo, que amostra(s) foi(foram) coletada(s)? Soro Sangue LCR
(Se mais de 1 amostra clinica coletada, escreva na margem o tipo de amostra, data da coleta e resultado)

d. Em caso afirmativo, marque o(s) exame(s) feitos e circule o resultado (marque todas as opções que se aplicarem).

PCR Pos. Neg. Não sei

IgM Pos. Neg. Não sei

IgG Pos. Neg. Não sei

4. a. Para ambos, esse paciente teve o exame do zika vírus realizado durante a doença aguda?

Sim Não Não sei

b. Em caso afirmativo, qual foi a data da coleta da amostra? __ __ / __ __ / _____

c. Em caso afirmativo, que amostra foi coletada Soro Sangue LCR Urina
(Se mais de 1 amostra clinica coletada, escreva na margem o tipo de amostra, data da coleta e resultado)

d. Em caso afirmativo, marque o(s) exame(s) feitos e circule o resultado (marque todas as opções que se aplicarem).

PCR Pos. Neg. Não sei

IgM Pos. Neg. Não sei

IgG Pos. Neg. Não sei

5. a. Para ambos, esse paciente teve o exame da leptospirose realizado durante a doença aguda?

Sim Não Não sei

b. Em caso afirmativo, qual foi a data da coleta da amostra? __ __ / __ __ / _____

c. Em caso afirmativo, que amostra foi coletada? Soro Sangue LCR

d. Em caso afirmativo, qual exame? _____

e. Em caso afirmativo, qual foi o resultado? _____

6. Para ambos, há alguma amostra residual disponível relacionada à doença aguda acima?

a. Soro Sim Não Data da coleta __ __ / __ __ / _____

b. Sangue total Sim Não Data da coleta __ __ / __ __ / _____

c. LCR Sim Não Data da coleta __ __ / __ __ / _____

d. Urina Sim Não Data da coleta __ __ / __ __ / _____

7. Para os casos, qual foi a data de início dos sintomas neurológicos do caso? (sintomas neuro; sem doença febril aguda nem diarreia anterior) ____/____/____

DD MM AAAA

8. Para os casos, quais sintomas neurológicos ocorreram no DIA DE INÍCIO (marque todas as opções que se apliquem)?

- Fraqueza nas pernas Fraqueza nos braços Fraqueza facial Diplopia/Oftalmoplegia
- Dormência/parestesia nas pernas Dormência/parestesia nos braços Dormência/parestesia facial
- Falta de ar/desconforto respiratório Desequilíbrio ao andar (não é fraqueza) Descoordenação motora das mãos (não é fraqueza)

9. Para os casos, quais sintomas neurológicos ocorreram EM QUALQUER MOMENTO durante a doença neurológica (marque todas as opções que se apliquem)?

- Fraqueza nas pernas Fraqueza nos braços Fraqueza facial Diplopia/Oftalmoplegia
- Dormência/parestesia nas pernas Dormência/parestesia nos braços Dormência/parestesia facial
- Falta de ar/desconforto respiratório Desequilíbrio ao andar (não é fraqueza) Descoordenação motora das mãos (não é fraqueza)

10. Para os casos, qual foi o tempo entre o início e o pico/pior momento dos sintomas neurológicos? _____

(minutos/horas/dias/semanas)

11. Para os casos, em seu pior momento durante essa doença neurológica, o paciente ficou... (marque todas as opções que se apliquem)

- Incapacitado de andar sem ajuda (por ex.: bengala, andador) Totalmente incapacitado de andar
- Internado em um hospital Internado na UTI/UTC Entubado

12. Para os casos, grau de incapacidade de acordo com a escala Hughes (Data da avaliação ____/____/____)

Grau de incapacidade: (0 a 6) Não sei

[0 = Recuperação completa, sem sequelas, 1= Sinais e sintomas menores de neuropatia, mas capaz de correr, 2= Capaz de caminhar 10 metros sem apoio, mas incapaz de correr, 3= Capaz de caminhar 10 metros com apoio, bengala ou andador, 4= Confinado a cama ou cadeira de rodas (incapaz de caminhar 10 metros com apoio), 5= Necessita de ventilação assistida, 6 – Óbito)

13. Se houve coleta de sangue durante esta doença neurológica, preencha as seguintes informações relativas à coleta de sangue INICIAL:

Data ____/____/____ WBC ____ HgB ____ Plts ____ Na ____ K ____

BUN ____ Cr ____ Glicose ____ BiliTot ____ AST ____ ALT ____ FosfAlc ____

14. Para os casos, foi feita uma punção lombar (PL)? Sim Não Não sei

Data da PL _____ Eritrócitos _____ Leucócitos _____ Proteína (mg/dL) _____ Glicose (mg/dL) _____

Data da PL _____ Eritrócitos _____ Leucócitos _____ Proteína (mg/dL) _____ Glicose (mg/dL) _____

15. Para os casos, houve hiporeflexia/arreflexia documentada no prontuário ou por neurologistas? Sim Não Não sei

16. Para os casos, foi constatado algum sinal neuronal motor dos membros superiores no prontuário ou pelos neurologistas? Sim Não Não sei

Em caso afirmativo, especifique: _____

17. Para os casos, há alguma amostra residual disponível relacionada à doença neurológica acima?

- a. Soro Sim Não Data da coleta ____ / ____ / ____
- a. Sangue total Sim Não Data da coleta ____ / ____ / ____
- c. LCR Sim Não Data da coleta ____ / ____ / ____
- d. Urina Sim Não Data da coleta ____ / ____ / ____

18. Para os casos, o paciente recebeu algum produto hemoderivado/IVIG para esta doença neurológica?

Sim Não Não sei

Qual produto? _____ Data? ____ / ____ / ____

19. Para os casos, o paciente teve exame realizado para alguma das seguintes doenças? Em caso afirmativo, qual foi o resultado (inclua o tipo de amostra e o exame realizado)?

- a. *Campylobacter jejuni* Sim Não Resultado: _____
- b. *Mycoplasma pneumoniae* Sim Não Resultado: _____
- c. *Haemophilus influenza* Sim Não Resultado: _____
- d. *Salmonella species* Sim Não Resultado: _____
- e. Citomegalovirus (CMV) Sim Não Resultado: _____
- f. Epstein-Barr (EBV) Sim Não Resultado: _____
- g. Varicella-zoster (VZV) Sim Não Resultado: _____
- h. HIV Sim Não Resultado: _____
- i. Enterovirus / Rhinovirus Sim Não Resultado: _____

20. Para os casos, foi realizado algum exame de imagem? Em caso afirmativo, qual foi o resultado?

Sim Não Data ____ / ____ / ____

Resultado: _____

21. Para os casos, foi realizado algum exame eletrodiagnostico (e.g. EMG)? Em caso afirmativo, qual foi o resultado?

Sim Não Data ____ / ____ / ____

Resultado: _____

22. Para os casos, qual foi o nível de Brighton para a SGB? 1 2 3 4 5

Níveis de certeza diagnóstica

Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4*	Nível 5
Ausência de um diagnóstico alternativo da fraqueza				Não e um caso
Manifestação aguda de fraqueza/paralisia flácida bilateral e relativamente simétrica dos membros com ou sem envolvimento dos músculos respiratórios ou inervados pelos nervos cranianos				
Diminuição ou ausência de reflexos profundos dos tendões ao menos nos membros afetados				
Padrão de doença monofásica com nadir da fraqueza atingido entre 12 horas e 28 dias, seguido de platô clínico e melhoria ou óbito subsequente				
Presença de dissociação	LCR com contagem total de glóbulos brancos			

albuminocitológica (elevação do nível de proteína do LCR acima do valor laboratorial normal e contagem total de glóbulos brancos do LCR < 50 células/mm ³)	< 50 células/mm ³ (com ou sem elevação do nível de proteína do LCR acima do valor laboratorial normal)			
Resultados eletrofisiológicos compatíveis com a SGB	Resultados eletrofisiológicos compatíveis com a SGB, caso não haja coleta de LCR ou resultados indisponíveis.			