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

Nº Identif. Estudo BR- \_\_\_\_ \_\_\_\_ - \_\_\_\_ □ Caso □Controle

*O número de identificação começa com 2 digitos (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 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 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 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 apliquem).

□ 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 apliquem).

□ 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 doenca 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 □ Descoordenação motora das mãos

(não é fraqueza) (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 □ Descoordenação motora das mãos

(não é fraqueza) (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 = Recuperção completa, sem sequela, 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 – Obito)*

13. Se houve coleta de sangue durante esta doenca neurologica, 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 | | | \* Ausência de documentacao para preencher os criterios minimos de SGB | | 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 albuminocitológica (elevação do nível de proteína do LCR acima do valor laboratorial normal e contagem total de glóbulos brancos do LCR < 50 células/mm3) | LCR com contagem total de glóbulos brancos < 50 células/mm3 (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 indisponiveis. |  | |