**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. |  |

 |