

**Ficha de notificação para casos da Síndrome Inflamatória Multissistêmica
Pediátrica (SIM-P) temporalmente associada à COVID-19**
(formulário *online* <https://is.gd/simpcovid>)

DEFINIÇÃO DE CASO

Definição de caso preliminar*

Caso que foi hospitalizado ou óbito com:

- Presença de febre elevada (considerar o mínimo de 38°C) e persistente (≥ 3 dias) em crianças e adolescentes (entre 0 e 19 anos de idade)

E

- Pelo menos dois dos seguintes sinais e/ou sintomas:
 - Conjuntivite não purulenta ou erupção cutânea bilateral ou sinais de inflamação mucocutânea (oral, mãos ou pés),
 - Hipotensão arterial ou choque,
 - Manifestações de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronárias (incluindo achados do ecocardiograma ou elevação de Troponina / NT-proBNP),
 - Evidência de coagulopatia (por TP, TTPa, D-dímero elevados).
 - Manifestações gastrointestinais agudas (diarreia, vômito ou dor abdominal).

E

- Marcadores de inflamação elevados, como VHS, PCR ou procalcitonina, entre outros.

E

- Afastadas quaisquer outras causas de origem infecciosa óbvia de inflamação, incluindo sepse bacteriana, síndromes de choque estafilocócica ou estreptocócica.

E

- Evidência de COVID-19 (biologia molecular, teste antigênico ou sorológico positivos) ou história de contato com caso de COVID-19.

Comentários adicionais

- Podem ser incluídos crianças e adolescentes que preencherem critérios totais ou parciais para a síndrome de Kawasaki ou choque tóxico, com evidência de infecção pelo SARS-CoV-2.

*Adaptada pelo Ministério da Saúde, com base na definição de caso da OPAS/OMS (WHO/2019-nCoV/MIS_Children_CRF/2020.2), validada pela Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade Brasileira de Cardiologia e Instituto Evandro Chagas.

NT-proBNP - N-terminal do peptídeo natriurético tipo B; **TP** - Tempo de protrombina; **TTPa** - Tempo de tromboplastina parcial ativada; **VHS** – Velocidade de hemossedimentação; **PCR** – Proteína C-reativa.

Identificação da notificação

UF de Notificação: _____ Município de notificação: _____
Nome da Unidade de Notificação: _____
CNES: _____ Data da Notificação: ___/___/___
Nome do profissional: _____
Telefone de contato do profissional / unidade notificante: _____
E-mail de contato do profissional / unidade notificante: _____

Identificação do caso ou óbito

Nome do paciente: _____
Nome da mãe: _____
Nome do(a) Responsável: _____
Data de nascimento: ___/___/___ Nacionalidade: _____
Nº do CPF: _____ - _____ Nº do Cartão Nacional de Saúde: _____
Sexo: () Masculino () Feminino
Se sexo feminino, está gestante? () sim () não () não sabe () não se aplica
Se sim, período gestacional:
() 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre () ignorado
Raça/cor: () branca () preta () parda () amarela () indígena () não declarado
Se indígena, qual etnia? _____
Endereço de residência
Logradouro: _____ Nº: _____
Bairro: _____ CEP: _____ Complemento: _____
UF: _____ Município: _____ Telefone: (____) _____

Identificação da hospitalização

Data internação: ___/___/___
Qual a principal hipótese diagnóstica no momento da internação? _____
Internação em UTI? () Sim () Não
Se sim, data de entrada na UTI: ___/___/___ data de alta da UTI: ___/___/___

Critérios atendidos

Quais critérios da definição de caso encontram-se presentes?
() Febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ e ≥ 3 dias Data de início da febre: ___/___/___
() Conjuntivite não purulenta ou erupção cutânea bilateral ou sinais de inflamação muco-cutânea (oral, mãos ou pés)
() Hipotensão arterial ou choque
() Manifestações de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronárias
() Evidência de coagulopatia
() Manifestações gastrointestinais agudas (diarreia, vômito ou dor abdominal)
() Marcadores de inflamação elevados
() Afastadas quaisquer outras causas de origem infecciosa
() Evidência de COVID-19 ou história de contato próximo com caso de COVID-19

Sinais/sintomas e achados clínicos

Data de início dos sintomas: ___/___/___ Peso: _____ Kg Altura: _____ cm

Quais sinais e sintomas foram percebidos?

() Alterações na cor da pele (ex. palidez, cianose)	() Dispneia	() Irritabilidade
() Cefaleia	() Dor à deglutição	() Letargia
() Confusão mental	() Dor de garganta	() Linfadenopatia
() Conjuntivite	() Dor no peito	() Náusea / Vômitos
() Coriza	() Dores abdominais	() Mialgia
() Diarreia	() Edema cervical	() Manchas vermelhas pelo corpo (exantema, rash, etc.)
	() Edema de mãos e pés	

- () Oligúria (<2ml/kg/hr) () Tosse () outros, especificar:
 () Taquicardia () Sat.O₂ <95% ar ambiente _____

Complicações apresentadas:

- () Não houve complicação () Infarto do miocárdio () Pneumonia
 () Convulsões () Insuficiência renal aguda () Sepses
 () Edema Agudo Pulmonar () Necessidade de ventilação () Outros, especificar:
 () Evento tromboembólico invasiva _____
 () Falência de outros órgãos () Necessidade de ventilação
 () Hipertensão arterial não invasiva
 () Hipotensão – necessidade () Necessidade de troca
 de uso de drogas vasoativas plasmática

Antecedentes clínico-epidemiológicos

Doença ou condição pré-existente:

- [] Não apresenta
 [] Cardiopatia *Se sim:* () pericardite; ou [] Imunossuprimido
 () congênita ou () adquirida. () arritmia [] Hipertensão arterial
Se congênita: [] Diabete [] Hipertensão pulmonar
 () acianogênica ou [] Dislipidemia [] Nefropatia
 () cianogênica. [] Desnutrição [] Pneumopatia
Se adquirida: [] Doença hematológica [] Síndrome genética
 () insuficiência cardíaca; [] Doença neurológica [] Outras. Quais?
 () febre reumática; [] Doença reumatológica
 () miocardite; [] Doença oncológica

Faz uso de medicação diária?

- () Sim () Não () Não sabe/Não respondeu

Se sim, qual/quais? _____

Se não, fez uso de algum medicamento nos 30 dias antes do início dos sintomas?

- () Sim () Não () Não sabe/Não respondeu

Se sim, qual/quais? _____

Recebeu alguma vacina nos 60 dias antes do início dos sintomas?

- () Sim () Não () Não sabe/Não respondeu

Se sim, qual/quais? _____

Já teve diagnóstico prévio de Síndrome de Kawasaki? () Sim () Não () Não sabe/Não respondeu

Se sim, quando? _____

Fez ou Faz algum acompanhamento/tratamento? () Sim () Não () Não sabe/Não respondeu

Teve contato com algum caso suspeito ou confirmado para COVID-19?

- () sim () não () Não sabe/Não respondeu Se sim, data da última exposição: ___ / ___ / _____

Resultados de Exames

Marcadores de inflamação, coagulopatia ou disfunção orgânica:

- Hemoglobina (g/L):** () normal () alterado () não realizou **TTPTa:** () normal () alterado () não realizou
 () normal () alterado () não realizou **TP:** () normal () alterado () não realizou
Leucócitos totais (x10⁹/L): () normal () alterado () não realizou **Fibrinogênio (g/L):**
 () normal () alterado () não realizou () normal () alterado () não realizou
Neutrófilos (x10⁹/L): () normal () alterado () não realizou **Procalcitonina (ng/mL):**
 () normal () alterado () não realizou () normal () alterado () não realizou
Linfócitos (x10⁹/L): () normal () alterado () não realizou **Proteína C reativa (mg/dL):**
 () normal () alterado () não realizou () normal () alterado () não realizou
Hematócrito (%): () normal () alterado () não realizou **VHS (mm/h):**
 () normal () alterado () não realizou () normal () alterado () não realizou
Plaquetas (x10⁹/L): () normal () alterado () não realizou **Dímero-D (mg/L):**
 () normal () alterado () não realizou () normal () alterado () não realizou

IL-6 (pg/mL): normal alterado não realizou**Creatinina (µmol/L):** normal alterado não realizou**Sódio (mmol/L):** normal alterado não realizou**Potássio (mmol/L):** normal alterado não realizou**Ureia (mmol/L):** normal alterado não realizou**NT Pro-BNP (pg/mL):** normal alterado não realizou**BNP (pg/mL):** normal alterado não realizou**Troponina (ng/mL):** normal alterado não realizou**CKMB (U/L):** normal alterado não realizou**DHL (U/L):** normal alterado não realizou**Triglicérides:** normal alterado não realizou**TGO (U/L):** normal alterado não realizou**TGP (U/L):** normal alterado não realizou**Albumina (g/dL):** normal alterado não realizou**Lactato (mmol/L):** normal alterado não realizou**Ferritina (µg/mL):** normal alterado não realizou**Hemocultura?** Sim Não Ignorado Data da coleta: __/__/__

Resultado: _____

Realizou exame de imagens? Sim Não Ignorado. Se sim, data: __/__/__

Qual(is) exame(s) de imagem?

 Radiografia do TóraxResultado: Imagem de vidro fosco Tomografia do Tórax Infiltrado Condensação Derrame Pleural Outros. _____ Ultrassonografia de abdome - Resultado: Hepatomegalia Ileíte Outros. _____ Eplénomegalia Linfadenite Colite Ascite Ecocardiografia - Resultado: Sinais de disfunção miocárdica Anormalidades coronarianas Sinais de pericardite Outros. _____ Sinais de valvulite**Realizou eletrocardiograma?** Sim Não Ignorado Resultado: _____Realizou coleta de exames laboratoriais específicos para COVID-19? Sim Não Ignorado
Se sim, qual(is)?**RT-PCR:** Sim Não Data da coleta: __/__/__

Material de coleta:

 swab nasofaringe secreção traqueal Outros, especificar _____Resultado da coleta: Detectável para SARS-CoV-2 (COVID-19)

Se detectável para outros agentes infecciosos, quais? _____

 Não detectável para SARS-CoV-2 (COVID-19) Ignorado Indeterminado para SARS-CoV-2 (COVID-19) Detectável para outros agentes infecciosos**Sorologia/Teste Rápido para SARS-CoV-2:** Sim NãoData da coleta: __/__/__ Método de sorologia: Teste rápido OutroResultado: Reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19) Inconclusivo para SARS-CoV-2 (COVID-19) Não reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19) Ignorado

Realizou coleta de exames laboratoriais específicos para outra(s) etiologia(s) além de COVID-19? () Sim () Não () Ignorado Se sim, quais? _____
(Descrever etiologias, data de coleta, técnica de análise e resultado).

Tratamento

Em algum momento da internação utilizou alguma das terapêuticas abaixo?

Antivirico? () Sim () Não () se desconhece. Se sim, qual(is)?

[] Ribavirina [] Lopinavir ou Ritonavir [] Tocilizumabe [] Ivermectina [] Remdesivir

[] Outros _____

Corticoesteróide? () Sim () Não () se desconhece. Se sim, qual(is)? _____

Imunoglobulina intravenosa? () Sim () Não () se desconhece. Se sim, data de início: __/__/__

Dose diária: _____ (incluir unidade); duração (em dias): _____

Anticoagulação sistêmica? () Sim () Não () se desconhece. Se sim, data de início: __/__/__

Dose diária: _____ (incluir unidade); duração (em dias): _____

Outra(s)? () Sim () Não () se desconhece. Se sim, qual(is)? _____

Variáveis de encerramento

Diagnóstico médico final:

- () SIM-P () Kawasaki () Kawasaki atípica
() Síndrome do Choque Tóxico () Outro, especifique: _____

Evolução: () Alta hospitalar

Se alta: () sem sequela () com sequela.

Qual/quais? _____

() Óbito

Data da evolução: __/__/__