

**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
 () *congenita 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 confirmado para COVID-19?

- () sim () não () Não sabe/Não respondeu

Se sim, data de início dos sintomas do contato? ___/___/___ Data da última exposição: ___/___/___

Resultados de Exames

Marcadores de inflamação, coagulopatia ou disfunção orgânica:

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

Dímero-D (mg/L):
() 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 Tórax Resultado: () Imagem de vidro fosco
() Tomografia do Tórax () Infiltração () Condensação
() Derrame Pleural () Outros. _____

() Ultrassonografia de abdome - Resultado:

() Hepatomegalia () Ileíte () Outros. _____
() Eplenomegalia () 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,
() Não detectável para SARS-CoV-2 (COVID-19) quais? _____
() Indeterminado para SARS-CoV-2 (COVID-19) () Ignorado
() Detectável para outros agentes infecciosos

Sorologia/Teste Rápido para SARS-CoV-2: () Sim () Não

Data da coleta: __/__/____ Método de sorologia: () Teste rápido () Outro

Resultado:

() 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?

Antivírico? () 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 sequelas () com sequelas.

Qual/quais? _____

() Óbito

Data da evolução: __/__/__

Classificação do caso – Para uso exclusivo da Vigilância Epidemiológica

() Em investigação () SIM-P temporalmente associada à COVID-19

() Descartado – não atende aos critérios () Descartado* – outro diagnóstico _____

*atende aos critérios, mas foi confirmado para outro diagnóstico

Critério de confirmação

() Laboratorial () Clínico-epidemiológico