

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

DEFINIÇÃO DE CASO CONFIRMADO

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.

Para fins de notificação os casos suspeitos devem ser considerados, ou seja, aqueles com sinais e sintomas sugestivos de SIM-P.

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 vacina COVID-19? () sim () não () não sabe/não respondeu

Primeira dose (ou dose única): () Sim () Não () Não sabe/Não respondeu.

Fabricante: _____ Data: __/__/__

Segunda dose: () Sim () Não () Não sabe/Não respondeu.

Fabricante: _____ Data: __/__/__

Dose de reforço () Sim () Não () Não sabe/Não respondeu

Fabricante: _____ Data: __/__/__

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

Data da coleta: / /

Teste rápido de Antígeno (TR-AG): sim não

Resultado:

- Reagente para SARS-CoV-2 (covid-19) Inconclusivo para SARS-CoV-2 (covid-19)
 Não reagente para SARS-CoV-2 (covid-19) Ignorado

Data da coleta: / /

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

SIM-A temporalmente associada à COVID-19 (Adultos)

*atende aos critérios, porém fora da faixa etária preconizada

Critério de confirmação: Laboratorial Clínico-epidemiológico