

DOENÇA DE KAWASAKI (DK)

Questionário de seguimento – 12 meses

Caro Colega, agradecemos o preenchimento deste questionário e o seu rápido reenvio no envelope pré-pago. Por favor, responda ao maior número possível de questões utilizando maiúsculas. A informação recolhida é confidencial e só para uso em investigação médica.

Muito obrigado pela sua colaboração.

mês ____|____|

Nome ou autocolante do notificador n° de código ____|____|____|____|

Telefone ____|____|____|____|____|____| ou ____|____|____|____|____|____|

Fax ____|____|____|____|____|____|

E-mail.....

Nome do doente (iniciais) ____|____|____|____|

Data de Nascimento ____|____|.____|____|.____|____|

Distrito de residência Sexo : M ____| F ____|

Nome da Instituição de acompanhamento

O inquérito já foi respondido por outro notificador ____| Se souber, indique o n° de código ____|____|____|

A: Evolução

Data da última consulta ____|____|.____|____|.____|____| ou

Não foi observado(a), após a alta do internamento por DK (neste caso passe para Secção E)

Resultado da última observação:

Clinicamente bem, sem queixas

Presença de aneurisma das artérias coronárias

Presença de outros aneurismas

Sintomas/ sinais de isquémia do miocárdio

Sintomas/ sinais de enfarte do miocárdio

Sintomas/ sinais de outras lesões cardíacas

.....

Outras sequelas extracardíacas

.....

Se o doente faleceu posteriormente, por favor preencha também a Secção E.

B: Exames complementares

Desde a alta ou desde a última avaliação cardiológica registada no primeiro questionário, datada de |_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|, foram realizados outros estudos cardiológicos?

SIM NÃO IGNORADO (Se NÃO, passe para a Secção C)

Se a resposta for SIM, descreva os detalhes ou, se preferir, junte cópia dos respectivos resultados:

.....
.....
.....

C: Tratamento desde a alta do internamento por DK

Nenhum Antiagregantes plaquetários Outros (incluindo cirurgia)

Especifique quais:

.....

Mantém-se ainda em tratamento: SIM NÃO

Especifique nomes e doses:

.....
.....
.....

D: Se Óbito

Data da morte |_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|

Causa da morte:.....

Responsável pelo preenchimento do questionário:

.....

Data |_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|

Muito obrigado pela sua colaboração neste levantamento. Por favor, remeta este questionário para a UVP da SPP.