

SINDROMA HEMOLÍTICO-URÉMICO

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) ____|____|____|____| Sexo: M ____| F ____|

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

Distrito de residência Área urbana ____| rural ____|

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

DEFINIÇÃO DE CASO

Criança com menos de 16 anos de idade, que surge com :

- Insuficiência renal aguda, incluindo oligoanúria e elevação da creatinina plasmática (de acordo com a idade e a Fórmula de Schwartz).
- Anemia microangiopática (Hb <10G/L , com esquisocitos).
- Trombocitopénia (plaquetas < 130 x 10⁹/L)

(Estas alterações podem não estar presentes simultaneamente).

Crítérios de exclusão: sépsis, hipertensão maligna, insuficiência renal crónica, doenças vasculares ou do colagénio.

HISTÓRIA

1. Hospital/Clinica _____

2. Data de internamento ____|____|.____|____|.____|____|

3. Data de diagnóstico do SHU ____|____|.____|____|.____|____|

4. Hospital de transferência (se apropriado) _____

5. A criança teve previamente: **Sim** **Não** **desconhecido** **Data do início**

Diarreia ____|____|.____|____|.____|____|

Diarreia com sangue ____|____|.____|____|.____|____|

Vómitos ____|____|.____|____|.____|____|

Prolapso rectal ____|____|.____|____|.____|____|

Abdómen agudo/Laparotomia ____|____|.____|____|.____|____|

Febre ____|____|.____|____|.____|____|

Leucocitose (máx. _____/µL)

11. A criança teve anteriormente SHU? Sim Não Desconhecido

12. A criança tem doença renal pré-existente? Sim Não Desconhecido

Se sim ,especifique: _____

13. Teve tratamento com antibióticos prévio ao internamento? Sim Não Desconhecido

Antibiótico: _____ Prescrição (se conhecido) |_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|_|_|

14. Teve tratamento prévio ao internamento com antiperistálticos, ou outro medicamento?

Sim Não Desconhecido

Se sim,

Nome _____ Prescrição (se conhecido) |_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|_|_|

15. A criança esteve no estrangeiro no mês anterior ao início dos sintomas?

Sim Não Desconhecido

País visitado _____

Data do regresso: |_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|_|_|

16. Suspeita da fonte de contágio? Sim Não Desconhecido

Se sim, qual _____ (alimentos, água, pessoas,...)

17. Houve algum co-habitante que teve diarreia nas duas semanas anteriores à criança adoecer?

Sim Não Desconhecido

Nome (Iniciais)

Grau de parentesco

Data do início

|_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|_|_|

|_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|_|_|

|_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|_|_|

|_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|_|_|

18. Houve algum co-habitante ou membro da família com SHU ?

Sim Não Desconhecido

Nome (Iniciais)

Grau de parentesco

Co-habitante

Sim

Não

DADOS CLÍNICOS

19. A criança apresentava algumas das alterações seguintes:

Sim

Não

Data do diagnóstico

20. Oligoanúria e/ou elevação da creatinemia para a idade

|_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|_|_|

21. Anemia hemolítica microangiopática

|_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|_|_|

22. Trombocitopenia (plaquetas < 130 x 10⁹/L)

|_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|_|_|

23. Sepsis

|_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|_|_|

24. Colagenose ou doença vascular

|_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|_|_|

25. Hipertensão

|_|_|_|. |_|_|_|. |_|_|_|_|_|

26. Hemorragia *major* |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|
27. Convulsões ou alterações neurológicas |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|
28. Cardiomiopatia |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|
29. Diabetes mellitus |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

30. A evolução foi:

Boa I.Renal (DFG: _____/ data: _____) HTA Alterações Neurológicas

Sobreviveu com alterações* Especificar _____

Evolução desconhecida no presente

Faleceu Data do óbito |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

31. Transferência para outra Unidade Hospitalar ?

Sim Data: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| Nome: _____

Não Desconhecido

32. Necessitou de terapêutica dializante ?

Sim Data: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| Nome: _____

Não Desconhecido

33. Necessitou de terapêutica hipotensora?

Sim Data: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| Nome: _____

Não Desconhecido

34. Necessitou de suporte ventilatório ?

Sim Data: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| Nome: _____

Não Desconhecido

35. Necessitou de tratamento com aminas ?

Sim Data: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| Nome: _____

Não Desconhecido

SECÇÃO 3: INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA

36. Foi realizada coprocultura?

Sim Data: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| Não Desconhecido

Hospital onde se iniciou a investigação bacteriológica: _____

Organismo(s) isolado _____

37. Se a ***E.coli* O157** não foi isolada, as amostras de fezes foram enviadas para um Laboratório de enterobacteriaceas de referência?

Sim Data: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| Nome: _____
 Não Desconhecido

38. Foi feita colheita de soro para serologias ?

Sim Data: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| Nome: _____
 Não Desconhecido

39. Foi pedido para o IRJ serologia para STEC (*E.coli* O157,...) ?

Sim Data: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| Não Desconhecido

Nome e contacto do médico assistente da criança

.....

Fórmula de Schwartz: $DFG (ml/min/1,73m^2) = K \times estatura (cm) / creatininemia (mg/dl)$

(K: RN até 2 anos = 0,45; > 2 anos = 0,55)

Concentração plasmática da creatinina
em relação com a idade

Débito de Filtrado Glomerular (DGF) em relação com a idade
(Diminuição do DFG se o valor do DGF = 2DP para a idade)

Idade	Creatininemia (mg/dl)	
	Média	± 2 dp
1 - 3 meses	0,32	0,28 - 0,46
3 - 6 meses	0,32	0,28 - 0,46
6 - 12 meses	0,32	0,28 - 0,46
1 ano	0,32	0,28 - 0,46
2 anos	0,32	0,20 - 0,44
4 anos	0,37	0,25 - 0,49
6 anos	0,43	0,27 - 0,59
8 anos	0,48	0,31 - 0,65
10 anos	0,52	0,34 - 0,70
12 anos	0,54	0,41 - 0,78
Homem adulto	0,87	0,72 - 1,22
Mulher adulta	0,77	0,53 - 1,01

Idade	DFG ml / min / 1.73 m ²	
	Média	± 2 dp
1 - 3 meses	58	30 - 86
3 - 6 meses	77	41 - 103
6 - 12 meses	103	49 - 157
12 - 19 meses	127	63 - 191
2 - 12 anos	127	89 - 165
Adulto masculino	131	88 - 174
Adulto feminino	117	87 - 147

Se necessitar de algum apoio de Nefrologia Pediátrica , contacte com a Unidade de referência da sua área.

Se precisar de algum esclarecimento, por favor contacte com José Esteves da Silva ou Margarida Almeida.

Unidade de Nefrologia Pediátrica - Hospital de Santa Maria, Av Egas Moniz 1600-Lisboa

ou josestevsilva@sapo.pt ou TM:936297115 ou Tel:217805204 ou Fax:217805623