



VARICELA OU HERPES ZOSTER EM CRIANÇAS INTERNADAS



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 vinheta do notificador nº de código ____|____|____|

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

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

E-mail.....

1. Nome do doente (iniciais) ____|____|____|____|
2. Distrito de residência
3. Data de Nascimento ____|____|.____|____|.____|
4. Sexo : M ____| F ____|

O inquérito já foi respondido por outro notificador ____| **Se o souber, indique o nº de código** ____|____|____|, **sff.**

DADOS PRÉVIOS AO INTERNAMENTO

Existência de factores de risco para complicações de varicela/zoster: não ____| sim ____|

- Se imunocomprometido, especificar:
- Se doença crónica, especificar:

Se Zoster, indique a idade em que teve varicela: ____|____| meses/anos.

Vacina contra a varicela: não ____| sim ____| data ____|____|.____|____|.____|

Contexto epidemiológico (origem da infecção): Intrafamiliar ____| Escola ____| Hospital ____|

Terapêutica efectuada antes do internamento (ou do aparecimento de varicela ou zoster no internamento):

		Fármaco	Tempo de tratamento	dose/Kg
- AINES	____			
- Salicilatos	____			
- Antibiótico(s)	____			
- Corticoides sistémicos	____			
- Corticoides inalados	____			
- Corticoides tópicos	____			
- Imunossupressores	____			

Dias varicela antes do internamento ____|____| Dias zoster antes do internamento ____|____|

- Antivirais: não ____| sim ____| especifique:
- Ig específica: não ____| sim ____|

DADOS REFERENTES AO INTERNAMENTO

Data do internamento |__|_|_|.|__|_|_|_|.|__|_|_|_|

Data da alta |__|_|_|_|.|__|_|_|_|_|.|__|_|_|_|_|

– Motivo principal de internamento:

Proveniência: Serviço de Urgência Consulta Maternidade Outro Serviço Outro Hospital

Nº de lesões (*vide infra* instruções): < 50 50-250 250-500 >500

Se Zoster, localização anatómica do dermatomo afectado:

Febre: não sim Antes do internamento |__|_|_| dias Durante internamento |__|_|_| dias

Sepsis: não sim

Complicações neurológicas: não sim :

– Sinais meníngeos: não sim

– Punção lombar: não sim resultado principal:

– EEG: não sim resultado principal:

Complicações respiratórias: não sim : Pneumonia primária da varicela Sobreinfecção bacteriana

– Rx Torax: não sim resultado principal:

Complicações cutâneas: não sim (indique qual e o principal local atingido):

– Impétigo

– Celulite

– Abscesso..

– Piomiosite

– Fasciite

– Outras:

Outras complicações mais raras (especificar)

Exames laboratoriais (valores extremos, máximos e mínimos, encontrados):

Datas	GB (10 ³ /L)	Neut (%)	Plaquetas (10 ³ /L)	TASO (UI/dL)
__ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
__ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
__ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
__ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				

Exames culturais (produto)

Agente identificado

Principais resistências antibióticas

1.		
2.		
3.		

Terapêutica Antibiótica*: 1.
2.
3.
4.

Antivirais: não sim : especifique:

Cirurgia*: não sim especifique:

– dias até apirexia após cirurgia

* dirigida à complicação da Varicela/ Zoster

ALTA:

Curado Melhorado Falecido causa próxima:

Diagnóstico(s) definitivo(s)

1.

2.

3.

Adicione as seguintes informações:

Varicela pré-natal (Mãe com varicela na gravidez) não sim

Varicela peri-natal (Mãe com varicela desde 2 dias antes até 7 dias depois do parto) não sim

Limite etário da assistência pediátrica na instituição: anos

Observações

.....

.....

.....

.....

Contacto do investigador principal:

Ana Leça. Unidade de Infeciologia do Hospital de Dona Estefânia

Telefone: 213126623

analeca@yahoo.com

GLOSSÁRIO

Método prático para a contagem de lesões na varicela

- Menos de 50 lesões – lesões facilmente contáveis em 30 segundos
- 50 – 249 lesões – a palma da mão da criança pode ser colocada entre as lesões sem tocar numa delas
- 250 – 500 lesões - a palma da mão da criança não pode ser colocada entre as lesões sem tocar numa delas
- Mais de 500 lesões – as lesões estão tão próximas que dificilmente se observa pele normal.

Impétigo – infecção muito superficial da epiderme (logo abaixo da camada córnea). No impétigo causado por *Streptococcus pyogenes*, há caracteristicamente uma crosta meliácea, com nenhum ou escasso exsudado purulento; quando causado por *Staphylococcus aureus*, a crosta é mais acinzentada e há maior exsudado purulento. A coinfeção por *Streptococcus pyogenes* e *Staphylococcus aureus* é frequente. Cura com *restitutum ad integrum*.

Abcesso – colecção de pus localizada e superficial. Quando o conteúdo do abcesso está liquefeito surge a flutuação.

Celulite – infecção do tecido celular sub-cutâneo com ligeiro envolvimento da derme, não atingindo a epiderme. A área afectada apresenta-se edemaciada, eritematosa, quente, dolorosa e de limites mal definidos.

Fleimão – infecção do tecido celular sub-cutâneo acompanhada da formação de pus. Pode ser superficial ou profunda, e pode representar o processo evolutivo de uma celulite.

Fasciite necrosante – infecção do tecido celular subcutâneo que se inicia na camada mais profunda da fascia superficial mas que rapidamente se estende para a superfície, atingindo a epiderme, e em profundidade, atingindo a fascia profunda e músculo, e causa uma necrose maciça do tecido celular sub-cutâneo. A varicela é a causa mais comum de fasciite necrosante na criança e o agente mais frequentemente isolado é *Streptococcus* β -hemolítico do grupo A.

Piomiosite – abcesso do músculo estriado. Quadro clínico com evolução habitual em 3 estádios: invasivo com dor profunda na região afectada, edema duro localizado, regra geral pouco ou não doloroso; supurativo com sinais sistémicos e eritema na região afectada; generalização da infecção com sinais sistémicos mais graves e evolução para choque séptico. Os agentes mais frequentes de piomiosite em geral são *Staphylococcus aureus* (50% dos casos) e *Streptococcus pyogenes* (25% dos casos) (Gubbay A et al – Pyomiositis in children, PIJD 2000, 19: 1009-1013) .