



## **Ficha de notificação para casos suspeitos da Síndrome Inflamatória Multissistêmica em Adultos (SIM-A) associada à COVID-19**

### **Definição de caso suspeito de SIM-A:**

Indivíduos > 20 anos, com critérios para internação hospitalar ou com doença resultante em óbito, que teve diagnóstico de covid-19 ou contato próximo com um caso de covid-19 nas últimas 12 semanas e que atenda os seguintes critérios:

- Febre por 03 dias ou mais
- E
- Alterações de 2 ou mais dos sistemas:
  1. Dermatológico/mucocutâneo: rash cutâneo, erupção cutânea, eritema ou descamação dos lábios / boca / faringe, conjuntivite não exsudativa bilateral, eritema / edema das mãos e pés
  2. Gastrointestinal: dor abdominal, vômitos, diarreia
  3. Hemodinâmico: Choque / hipotensão
  4. Neurológico: estado mental alterado, dor de cabeça, fraqueza, parestesias, letargia
  5. Cardiovascular: sinais clínicos de miocardite, pericardite e/ou insuficiência cardíaca (taquicardia, precórdio hiperdinâmico, ritmo de galope, estertores pulmonares, edema de membros inferiores, turgência jugular e/ou hepatoesplenomegalia).
- E
- Evidência laboratorial de inflamação, incluindo qualquer um dos seguintes:
  - Aumento do PCR, VHS ou ferritina

### **Definição de caso confirmado para SIM-A:**

Caso suspeito que apresentou hospitalização por mais de 24h e:

- Pelo menos dois dos seguintes sinais de doença ativa:
  - BNP ou NT-proBNP ou troponina elevados
  - Hemograma evidenciando neutrofilia, linfopenia e/ou plaquetopenia (<150.000)
  - Evidência de envolvimento cardíaco pelo ecocardiograma ou ressonância cardíaca
  - Eletrocardiograma evidenciando alterações sugestivas de miocardite e/ou pericardite
  - Rash cutâneo e/ou conjuntivite não purulenta

### **Caso Possível:**

- Caso suspeito que preenche critérios parciais de caso confirmado, sem outro diagnóstico que justifique o quadro clínico.

### **Caso descartado de SIM-A:**

- Caso suspeito com identificação de outro diagnóstico diferencial que melhor justifique o quadro clínico (ex: sepse bacteriana, síndrome do choque tóxico estafilococo ou estreptococo, doenças autoimunes, outras doenças virais, entre outros).

\*Definição de caso adaptada pelo Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde, baseado nos critérios de definição de caso de MIS-A do *Centers for Disease Control and Prevention e Brighton Collaboration*

**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 paciente: \_\_\_\_\_  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
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  $\geq$  3 dias
- ( ) Alterações dermatológicas e/ou mucocutânea e/ou conjuntivite não purulenta
- ( ) Sintomas Gastrointestinais
- ( ) Alterações hemodinâmicas: Choque / hipotensão
- ( ) Alterações Neurológicas
- ( ) Alterações cardiovasculares
- ( ) Marcadores de inflamação elevados
- ( ) BNP ou NT-proBNP ou troponina elevados
- ( ) Hemograma evidenciando neutrofilia, linfopenia e/ou plaquetopenia (<150.000)
- ( ) Evidência de envolvimento cardíaco pelo ecocardiograma ou ressonância cardíaca
- ( ) Eletrocardiograma evidenciando alterações sugestivas de miocardite e/ou pericardite
- ( ) Evidência de covid-19 nas últimas 12 semanas
- ( ) Afastada qualquer outras causas de origem inflamatória ou infecciosa

**Sinais/sintomas e achados clínicos**

Data de início dos sintomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ cm

Quais sinais e sintomas foram percebidos?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cefaleia        | <input type="checkbox"/> Dor no peito        | <input type="checkbox"/> Mialgia                             |
| <input type="checkbox"/> Confusão mental | <input type="checkbox"/> Dor abdominal       | <input type="checkbox"/> Alterações dermatológicas           |
| <input type="checkbox"/> Conjuntivite    | <input type="checkbox"/> Edema cervical      | <input type="checkbox"/> Oligúria (<2ml/kg/hr)               |
| <input type="checkbox"/> Convulsão       | <input type="checkbox"/> Edema de mãos e pés | <input type="checkbox"/> Taquicardia                         |
| <input type="checkbox"/> Coriza          | <input type="checkbox"/> Irritabilidade      | <input type="checkbox"/> Tosse                               |
| <input type="checkbox"/> Diarreia        | <input type="checkbox"/> Letargia            | <input type="checkbox"/> Sat.O <sub>2</sub> <95% ar ambiente |
| <input type="checkbox"/> Dispneia        | <input type="checkbox"/> Linfadenopatia      | <input type="checkbox"/> outros, especificar:                |
| <input type="checkbox"/> Dor de garganta | <input type="checkbox"/> Náusea / Vômitos    | _____  |

**Complicações apresentadas:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Não houve complicação                                | <input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio                   | <input type="checkbox"/> Necessidade de troca plasmática |
| <input type="checkbox"/> Edema Agudo Pulmonar                                 | <input type="checkbox"/> Insuficiência renal aguda              | <input type="checkbox"/> Pneumonia                       |
| <input type="checkbox"/> Evento tromboembólico                                | <input type="checkbox"/> Necessidade de ventilação invasiva     | <input type="checkbox"/> Sepsis                          |
| <input type="checkbox"/> Falência de outros órgãos                            | <input type="checkbox"/> Necessidade de ventilação não invasiva | <input type="checkbox"/> Outros, especificar:            |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial                                 |   | _____  |
| <input type="checkbox"/> Hipotensão – necessidade de uso de drogas vasoativas |   |  |

**Antecedentes clínico-epidemiológicos****Doença ou condição pré-existente:** Não apresenta

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia         | <input type="checkbox"/> Doença neurológica   | <input type="checkbox"/> Nefropatia        |
| <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1     | <input type="checkbox"/> Doença reumatológica | <input type="checkbox"/> Pneumopatia       |
| <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2     | <input type="checkbox"/> Doença oncológica    | <input type="checkbox"/> Síndrome genética |
| <input type="checkbox"/> Dislipidemia        | <input type="checkbox"/> Imunossuprimido      | <input type="checkbox"/> Obesidade         |
| <input type="checkbox"/> Desnutrição         | <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial | <input type="checkbox"/> Outras. Quais?    |
| <input type="checkbox"/> Doença hematológica | <input type="checkbox"/> Hipertensão pulmonar | _____                                      |

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

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fabricante: \_\_\_\_\_

Recebeu alguma outra vacina nos 60 dias antes do início dos sintomas?

 Sim  Não  Não sabe/Não respondeu

Se sim, qual/quais? \_\_\_\_\_

Teve contato com algum caso confirmado para COVID-19 nas últimas 12 semanas?

( ) 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:

(Considerar o exame mais alterado no momento da notificação de acordo com os valores de referência do laboratório local)

**Hemoglobina (g/L):**

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**Leucócitos totais (x10<sup>9</sup>/L):**

( ) normal ( ) Leucopenia ( ) Leucocitose ( ) não realizou

**Neutrófilos (x10<sup>9</sup>/L):**

( ) normal ( ) Neutrofilia ( ) Neutropenia ( ) não realizou

**Linfócitos (x10<sup>9</sup>/L):**

( ) normal ( ) Linfocitose ( ) Linfopenia ( ) não realizou

**Hematócrito (%):**

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**Plaquetas (x10<sup>9</sup>/L):**

( ) normal ( ) plaquetose ( ) plaquetopenia ( ) 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:**

( ) 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 ( ) hipernatremia ( ) hiponatremia ( ) não realizou

**Potássio (mmol/L):**

( ) normal ( ) hipocalemia ( ) hipercalemia ( ) 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. \_\_\_\_\_

( ) Eplnomegalia

( ) Linfadenite

( ) Colite

( ) Ascite

**( ) Ecocardiografia**

Fração de ejeção: \_\_\_\_\_%

( ) 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

**Teste Rápido para detecção de anticorpos SARS-CoV-2:**

( ) Sim ( ) Não

Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resultado:

( ) Reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19) ( ) Inconclusivo para SARS-CoV-2 (COVID-19)

( ) Não reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19) ( ) Ignorado

**Sorologia quantitativa para SARS-CoV-2:**

( ) Sim ( ) Não Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Metodologia: \_\_\_\_\_

Resultado:

( ) Reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19)

( ) Não reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19)

( ) Inconclusivo para SARS-CoV-2 (COVID-19)

( ) Ignorado

**Teste Rápido de antígeno SARS-CoV-2:**

( ) Sim ( ) Não Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resultado:

( ) Reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19)

( ) Não reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19)

( ) Inconclusivo para SARS-CoV-2 (COVID-19)

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?

[ ] Tocilizumabe [ ] Remdesivir

[ ] Outros: \_\_\_\_\_

**Corticoesteróide?** ( ) Sim ( ) Não ( ) desconhece. Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

**Imunoglobulina intravenosa?** ( ) Sim ( ) Não ( ) desconhece. Se sim, data de início: \_\_/\_\_/\_\_  
Dose diária: \_\_\_\_\_ (incluir unidade); Duração (em dias): \_\_\_\_\_  
**Anticoagulação sistêmica profilática?** ( ) Sim ( ) Não ( ) desconhece.  
**Anticoagulação sistêmica plena?** ( ) Sim ( ) Não ( ) desconhece.  
**Outra(s)?** ( ) Sim ( ) Não ( ) se desconhece. Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

#### **Variáveis de encerramento**

##### **Diagnóstico médico final:**

SIM-A associada a covid-19 ( ) confirmado ( ) descartado

( ) Outro diagnóstico, especifique: \_\_\_\_\_

##### **Evolução:**

( ) Alta recuperado

( ) Alta com sequela Quais? \_\_\_\_\_

( ) Óbito

Data da evolução: \_\_/\_\_/\_\_

#### **Classificação do caso – Para uso exclusivo da Vigilância Epidemiológica estadual/municipal**

##### **Encerramento:**

Data do Encerramento: \_\_/\_\_/\_\_

( ) Caso provável

( ) SIM-A associada à COVID-19

( ) Descartado\* – outro diagnóstico. Qual: \_\_\_\_\_