



_____|_____|

INFECÇÃO CONGÉNITA POR VÍRUS CITOMEGÁLICO HUMANO

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 n° 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 n° de código** ____|____| .

RECÉM-NASCIDO

Hospital de nascimento Idade gestacional ____|____| Peso ao nascer ____|____|

Virúria (1^{as} 3 semanas de vida) positiva Sinais ou sintomas de doença: não sim

ACIU Febre Clínica de sépsis Pneumonia Hepatite Colestase Anemia

Trombocitopenia Leucopenia / Neutropenia Hepatoesplenomegalia Hiperesplenismo

Microcefalia Calcificações intracranianas Coriorretinite Convulsões Surdez ACEU

Outros Quais

Exame citoquímico do LCR

Ecografia Transfontanelar

Terapêutica: Não Sim Duração: ____|____| dias Ganciclovir Foscarnet

Intercorrências

GRAVIDEZ ____|____| G ____|____| P

Serologia para CMV:

Antes da gravidez não sim Especifique IgG IgM

Durante a gravidez actual não sim Especifique 1ºT IgG IgM

Avidez das IgG Baixa Elevada 2ºT IgG IgM

3ºT IgG IgM

Diagnóstico pré-natal: não sim

- Ecografia alterada não sim Idade gestacional ____|____| semanas

- Amniocentese não sim Idade gestacional ____|____| semanas

Resultado da cultura de vírus no LA Outros exames

Doença materna na gravidez Outras serologias positivas

Proposta para IMG: não sim

ALTA

Idade na alta |__|_|__| horas/dias/meses

Clínica na alta

Óbito: não |__| sim |__| Idade ao óbito |__|_|__| horas/dias/meses

Causa:

Resultado da autópsia:

Observações:

MÃE Idade |__|_|__| Naturalidade Profissão Graffard Adaptado |__|

IRMÃOS Nº |__|_|__| Idades |__|_|__| |__|_|__| |__|_|__| |__|_|__| |__|_|__| Infantário: não |__| sim |__|

Nome e contacto do médico assistente da criança

OBJECTIVO DO ESTUDO

Conhecer a epidemiologia da infecção congénita por vírus citomegálico humano a partir de 1) Casos de infecção congénita sintomática e de 2) RN em risco de infecção congénita por viragem materna documentada durante a gravidez.

METODOLOGIA

Devem ser notificados os RN ou lactentes nascidos a partir de 1 de Janeiro de 2006, com:

- 1) Infecção congénita sintomática definida (ver definição);
- 2) RN com virúria positiva nas primeiras 3 semanas de vida ou, lactentes sintomáticos, em que seja possível comprovar terem tido virúria positiva nas primeiras 3 semanas de vida.

O estudo evolutivo das crianças infectadas deverá ser realizado até à idade pré-escolar com exame audiológico seriado e estudo do desenvolvimento.

DEFINIÇÕES

Infecção congénita sintomática definida - RN com virúria positiva para CMV e um ou mais sinais ou sintomas referidos no inquérito.

Infecção congénita assintomática - RN com virúria positiva para CMV sem os sinais ou sintomas referidos no inquérito.

Virúria - cultura do vírus na urina. É importante que a colheita de urina tenha ocorrido nas primeiras 3 semanas de vida do RN para se poder afirmar que a infecção é congénita.

Anemia - Valor de Hb <14g/dL na primeira semana de vida ou <12mg/dL no primeiro mês de vida.

Trombocitopenia - Contagem plaquetária inferior a 150 000/mm³.

Leucopénia - contagem de leucócitos < 5000/mm³.

Neutropénia - contagem de neutrófilos < 1500/mm³.

ACIU e ACEU – Peso inferior ao percentil 10 respectivamente para a idade gestacional ou para a idade pós-natal.

Surdez – Diagnóstico realizado por otoemissões acústicas ou potenciais evocados auditivos do tronco cerebral.

Contacto dos investigadores principais:

- **Paulo Cruz Paixão** – Dep. de Microbiologia, FCM-UNL. Tel: 218803076. Fax: 218803012. ppaixao.mic@fcm.unl.pt .

- **Maria João Brito** – Departamento de Pediatria, HFF. Tel: 936201747 Fax: 214348299. joao.rochabrito@netcabo.pt .