

DOENÇA DE KAWASAKI (DK)

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 nº de código ____|____|____|

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

Fax ____|____|____|____|____|

E-mail.....

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

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

Distrito de residência

Sexo : M ____| F ____|

Nome da Instituição onde foi identificado

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

Secção A: História clínica e dados laboratoriais de DK

1. Data do início do primeiro sintoma:/...../..... Que sintoma?.....

2. Data do diagnóstico de DK:/...../.....

3. Sintomas/ sinais clínicos:

a) Febre

SIM

NÃO

IGNORADO

Duração: semanas dias

Temperatura máxima:°C

b) Hiperémia conjuntival:

c) Alterações da mucosa da orofaringe

Especificar:.....

d) Alterações das extremidades digitais

Especificar:

e) Exantema

Descrever:

f) Adenopatia cervical: \geq 15 mm de diâmetro

\leq 15 mm de diâmetro

4. Exames microbiológicos positivos

Especificar:

.....

	SIM	NÃO	IGNORADO
5. Trombocitose Valor máximo:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aumento da velocidade de sedimentação (VS) Valor máximo:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Leucocitose Valor máximo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Complicações			
a) Cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrever resumidamente.....			
.....			
b) Não cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especificar:.....			
.....			
9. Evolução			
recuperação completa <input type="checkbox"/>	recidiva <input type="checkbox"/>	óbito <input type="checkbox"/>	ignorada <input type="checkbox"/>
recuperação com sequelas <input type="checkbox"/>	especificar		
.....			
10. Por favor, acrescente qualquer informação que julgue ser útil, incluindo exames laboratoriais, sinais físicos ou dados epidemiológicos que não constem do questionário:			
.....			
.....			
.....			
.....			

Secção B: Exames especializados e tratamento

1. Por favor indique qual ou quais dos seguintes exames foi efectuado e, em caso de se terem detectado alterações, indique-as por ordem cronológica. Se preferir, envie cópias ou relatórios relevantes.

	SIM	NÃO	IGNORADO	
a) ECG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(assinale a data em que foram encontradas as alterações)
Especificar as alterações.....				
.....				

	SIM	NÃO	IGNORADO	
b) Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(assinale a data em que foram encontradas as alterações)
Especificar as alterações.....				
.....				

SIM NÃO IGNORADO

c) Arteriografia coronária (assinale a data em que foram encontradas as alterações)

Especificar as alterações.....

.....

SIM NÃO IGNORADO

a) Outros exames (assinale a data em que foram encontradas as alterações)

cardiológicos. Quais:.....

Especificar as alterações.....

.....

SIM NÃO IGNORADO

2. Estão outros estudos cardiológicos programados para os próximos 12 meses?

Especificar.....

.....

3. Se não fez ecocardiograma, qual foi a razão? (se fez, passe para a questão 4)

a) Porque não está disponível ou não existe

b) Porque se considerou que não tinha indicação

c) outras razões (especificar).....

.....

4. Tratamento:

	Datas	Administrado	Não administrado
		mg/Kg/dia	
a) AAS	1. de/.... a/.... ou mantém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. de/.... a/.... ou mantém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Dipiridamol	de/.... a/.... ou mantém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Indometacina	de/.... a/.... ou mantém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Corticosteróides	de/.... a/.... ou mantém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Gamaglobulina	de/.... a/.... ou mantém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nome da preparação da gamaglobulina.....		
f) Outros fármacos (especificar datas e doses)		<input type="checkbox"/>	
		
g) Outro tratamento (especificar)		<input type="checkbox"/>	
		

Nome e contacto do médico responsável pelo seguimento:

.....