

# SINDROMA HEMOLÍTICO-URÉMICO

## INQUÉRITO DE SEGUIMENTO

Caro Colega, agradecemos o preenchimento deste questionário e o seu reenvio no envelope pré-pago. Por favor, responda ao maior número possível de questões. A informação recolhida é confidencial e só para uso em investigação médica.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Nome ou vinheta do notificador ..... nº de código |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

Telefone |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| ou |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

Fax |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

E-mail.....

### Dados de identificação do caso fornecidos pelo notificador:

Nome do doente (iniciais) |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| Sexo M |\_\_| F |\_\_|

Data de nascimento |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| Distrito de residência .....

Data de Internamento |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| Data de diagnóstico do SHU |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

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

### Seguimento do caso aos 12 e 24 meses de evolução:

	AOS 12 MESES	AOS 24 MESES
Data de envio dos dados:	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
▪ Peso (Kg)	_____ _____	_____ _____
▪ Altura/comprimento (cm)	_____ _____	_____ _____
▪ Creatinina sérica (mg/dl)	_____ _____	_____ _____
▪ TA sistólica /diastólica (mmHg)	_____ _____  /  _____ _____	_____ _____  /  _____ _____
▪ Proteinúria	sim  __  não  __	sim  __  não  __
▪ Microalbuminúria	sim  __  não  __	sim  __  não  __
▪ Hematúria	sim  __  não  __	sim  __  não  __
▪ Hipotensores (quais)	sim  __  não  __	sim  __  não  __
.....	.....	.....
▪ Outras terapêuticas	.....	.....

