***DESIGN DESTE FORMULÁRIO DE RELATO DE CASO (CRF)***

Existem dois conjuntos de formulários de relato de caso (CRFs) para os neonatos e as mães, que serão usados em conjunto. Os CRFs serão usados em conjunto em estudos prospectivos ou retrospectivos do tipo coorte ou caso-controle.

Esses conjuntos de CRFs serão usados por ocasião da internação e da alta ou do retorno para a residência. Se os(as) pacientes ficarem mais de 24 h internados(as), os CRFs da Avaliação inicial e do Desfecho e de Resultados laboratoriais podem ser copiados e usados para registro diário dos dados.

Em todos os estudos, recomendamos que sejam preenchidos após o parto, no mínimo, os CRFs de **[1] Avaliação inicial e desfecho materno (AIDM)** e **[2] Avaliação inicial e desfecho neonatal (AIDN)**, seguidos dos CRFs de **[3] Resultados laboratoriais maternos (RLM)** e **[4] Resultados laboratoriais neonatais (RLN)** de todos os neonatos. Se a mãe e/ou o neonato forem internados em uma Unidade de Terapia Intensiva ou Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, preencha também os CRFs **[5] Terapia intensiva materna (TIM)** e/ou **[6] Terapia intensiva neonatal (TIN).**

Se uma gestante apresentar sintomas agudos, preencha **[7] Sintomas agudos maternos (SAM).** Preencha também **[8] Cuidados pré-natais maternos (CPNM)** em todos os estudos.

Preencha as seções relacionadas aos desfechos nos CRFs **[1] AIDM** e **[2] AIDN** quando todos os resultados dos exames laboratoriais diagnósticos estiverem disponíveis.

***COMO USAR ESTE FORMULÁRIO DE RELATO DE CASO***

Ao preencher os módulos, confirme se:

* A mãe ou a pessoa que compareceu à consulta, o guardião ou o representante recebeu informações sobre o estudo observacional e assinou e datou o termo de consentimento livre e esclarecido.
* Os códigos de identificação (ID) do estudo foram designados tanto para a mãe/gestante quanto para o neonato, em conformidade com as diretrizes e o protocolo do hospital.
* Os códigos de identificação foram preenchidos em todas as páginas dos CRFs de papel, a confidencialidade das informações foi mantida em todos os momentos e nenhuma informação que permita a identificação do(a) paciente foi registrada nos CRFs.
* Os códigos de identificação do hospital e as informações para contato com os pacientes foram registrados em uma lista separada para permitir o acompanhamento posterior. Os formulários de contato foram mantidos separados dos CRFs em local seguro em todos os momentos.

Cada centro pode selecionar a quantidade de dados a serem coletados com base nos recursos disponíveis e no número de pacientes incluídos até o momento. Idealmente, os dados dos pacientes (mães e neonatos) serão coletados em todos os módulos do CRF, como apropriado.

Os centros com recursos muito limitados ou número muito elevado de pacientes podem selecionar os módulos de AVALIAÇÃO INICIAL E DESFECHO MATERNO/NEONATAL. A decisão fica a critério dos Investigadores do centro e pode mudar durante todo o período de coleta de dados. Todos os dados de alta qualidade são valiosos para análise.

**ORIENTAÇÕES GERAIS**

* Os CRFs foram elaborados para coletar dados obtidos por meio do exame dos pacientes, de entrevistas detalhadas com os pais/guardiões/representantes dos neonatos e da revisão dos prontuários hospitalares.
* Os códigos de identificação devem ser preenchidos em todas as páginas dos CRFs de papel (mãe e neonato).
* Preencha todas as linhas de todas as seções, exceto quando as instruções orientarem a pular uma seção com base em certas respostas.
* As opções com quadrados (**☐**) só admitem uma resposta (marque somente uma opção). As opções com círculos (**○**) admitem várias respostas (marque todas as opções aplicáveis).
* É importante saber quando a resposta a uma questão específica é desconhecida. Marque o campo “Não sei” nesse caso.
* Algumas seções têm áreas em aberto às quais você pode adicionar informações. Para permitir a entrada dos dados padronizados, evite adicionar informações fora dessas áreas.
* Recomendamos escrever claramente com caneta azul ou preta, em LETRAS DE FORMA MAIÚSCULAS.
* Marque as opções selecionadas com um (X). Se precisar fazer alguma correção, risque (----) as informações que deseja excluir e escreva as informações corretas acima do trecho riscado. Rubrique e date todas as correções.
* Mantenha juntas todas as folhas de cada mãe e neonato incluídos no estudo (por exemplo, grampeadas ou em uma pasta exclusiva para esses pacientes).
* Entre em contato conosco se precisar de ajuda ao preencher os itens do CRF, se tiver algum comentário e para nos informar que está usando os formulários. Contate a Dra. Gail Carson por e-mail: gail.carson@ndm.ox.ac.uk

**Isenção de responsabilidade:** Esses CRFs destinam-se a ser usados como um documento padronizado para coleta de dados clínicos nos estudos que investigam o vírus Zika. Os investigadores do estudo são responsáveis pela utilização desses CRFs. A ISARIC e os autores do CRF eximem-se de responsabilidade sobre a utilização do CRF modificado ou do CRF padronizado para outros propósitos que não os pretendidos. *Os problemas relacionados à formatação estão sendo resolvidos. Os documentos em formato Word estão disponíveis para que seja possível adaptar e traduzir os CRFs; entretanto, podem haver problemas entre Macs e PCs. Também estão disponíveis documentos em formato PDF, que devem manter sua formatação em ambos os tipos de máquinas.*

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

**Defina os critérios apropriados para cada estudo em conformidade com as diretrizes nacionais mais recentes.**

**Certifique-se de que o termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado.**

 **Data e hora da assinatura do termo de consentimento (**dd/mm/aaaa**)**: \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_2\_ \_0\_ \_\_ \_\_\_ Hora: \_\_ \_\_: \_\_ \_\_horas

**Assinatura da pessoa que obteve o consentimento:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome e função (em letra de forma)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nome do centro/clinica/hospital**
 |  |
| 1. **Posição geográfica**
 | **Latitude \_\_\_ . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Longitude \_\_\_ . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Se a posição geográfica não estiver disponível, informa a localidade abaixo:** |
| 1. **Cidade/município**
 |  |
| 1. **País**
 |  |
| 1. **Sintomas agudos na gestante**
 | **☐**Sim **☐**Não Se a resposta for sim, preencha a ficha de Sintomas agudos maternos  |

1. **DADOS DEMOGRÁFICOS MATERNOS**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Data de nascimento** (dd/mm/aaaa)
 | \_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **Grupo étnico** (em conformidade com as diretrizes nacionais)
 |  |
| 1. **Cidade/município/localidade de residência durante esta gestação**
 |
| **Cidade/município/localidade:** | **Data de** (mm/aaaa) | **A** (mm/aaaa) |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 1. **Ocupação**
 |  |
| 1. **Altura**
 |  | **☐**cm **☐**outra unidade (especifique):  |
| 1. **Peso** (antes da gravidez, especifique ou estime):
 |  | **☐**kg **☐**outra unidade | 1. **Peso atual**
 |  | **☐**kg **☐**outra unidade |
| 1. **Afecções genéticas pelo lado materno ou paterno**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei | **Se a resposta for sim, especifique:** |  |
| 1. **Número de gestações anteriores (à exceção da atual)**
 |  | 1. **Número de nascimentos anteriores com mais de 22 semanas de gestação**
 |  |
| 1. **Algum dos bebês nascidos anteriormente foi** (marque todas as opções aplicáveis):
 | **☐**Prematuro (<37 semanas de gestação) ☐Natimorto ou morreu no período perinatal ☐Não **☐**Não sei |
| 1. **Algum dos bebês nascidos anteriormente pesou** (marque todas as opções aplicáveis):
 | **○**< 2,5 kg **○** >4,5kg**☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei | 1. **Algum dos bebês nascidos anteriormente apresentava microcefalia?**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |
| 1. **Algum dos bebês nascidos anteriormente apresentava outras anomalias congênitas?**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei | **Se a resposta for sim, especifique:** |  |
| 1. **Consanguinidade**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei  |
| 1. **Se o bebê ainda não nasceu, qual é a idade gestacional no momento?**
 |  | semanas |  | dias  | 1. **Se o bebê ainda não nasceu, qual a data estimada do parto** (dd/mm/aaaa)
 | \_\_ / \_\_\_ / 20 \_\_\_ |
| 1. **Data estimada da concepção** (dd/mm/aaaa)
 | \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_ |
| 1. **Número de bebês nesta gestação**
 | **☐**Um **☐**Dois **☐**Três **☐**Outro, especifique:  |
| 1. **Viagem nacional ou internacional durante esta gestação**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |
| **Se a resposta for sim, especifique todos os países ou regiões visitadas abaixo:** |
| **País/região visitada** | **Data da visita** (dd/mm/aaaa)  | **Duração da visita (dias)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **COMORBIDADES CRÔNICAS MATERNAS**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Doença cardiovascular crônica[[1]](#footnote-1)**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |
| 1. **Doença pulmonar crônica[[2]](#footnote-2)**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |
| 1. **Transtornos hematológicos**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |
|  **Se a resposta for sim, especifique:** |  |
| 1. **Doença renal crônica[[3]](#footnote-3)**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |
| 1. **Doença hepática crônica - moderada ou grave[[4]](#footnote-4)**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |
| 1. **Doença neurológica crônica[[5]](#footnote-5)**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |
|  **Se a resposta for sim, especifique:** |  |
| 1. **Paralisia existente antes desta gestação**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |
|  **Se a resposta for sim, especifique as partes do corpo afetadas:** |  |
| 1. **Diabetes tipo 1**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |
| 1. **Diabetes tipo 2 tratada com medicamentos orais ou dependente de insulina**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |
| 1. **Outra doença endócrina[[6]](#footnote-6)**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |
| 1. **Doença reumatológica[[7]](#footnote-7)**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |
| 1. **Imunossupressão**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |
| 1. **HIV[[8]](#footnote-8)**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |
|  **Se a resposta for sim, está em uso de terapia antirretroviral?** | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |
| 1. **Contagem de células CD4**
 | **☐** <200 células/µL **☐**200-499 células/µL **☐** ≥500 células/µL **☐**Não sei |
| 1. **Outro tipo de imunossupressão**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |
|  **Se a resposta for sim, especifique:** |  |
| 1. **Qualquer outra comorbidade crônica**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |
| **Se a resposta for sim, especifique:** |  |

1. **MEDICAMENTOS USADOS DURANTE ESTA GESTAÇÃO** (antes do início do episódio atual da doença)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Tratamento de dor ou febre**
 | **Acetaminofeno/paracetamol ☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |
| **AINEs ☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |
| **Outros (especifique):** |
| 1. **Anticonvulsivantes**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei **Se a resposta for sim, especifique o nome genérico:** |
| 1. **Medicamentos antinauseosos durante essa gestação**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei **Se a resposta for sim, especifique o nome genérico:** |
| 1. **Vitaminas pré-natais**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei **Se a resposta for sim, especifique o nome genérico:** |

1. **OUTROS MEDICAMENTOS USADOS DURANTE ESTA GESTAÇÃO**

|  |
| --- |
| 1. **Histórico de uso de medicamentos** Liste **todos** os outros medicamentos tomados pela paciente durante esta gestação, incluindo antibióticos, antivirais e outros medicamentos de uso regular, como fitoterápicos e medicamentos não licenciados. Liste, se possível, os nomes genéricos.
 |
| **Medicamentos, fitoterápicos ou outros (incluindo medicamentos não licenciados)**  | **Via de administração** |
|  | **☐**Oral**☐**IV**☐**outra:  |
|  | **☐**Oral**☐**IV**☐**outra: |
|  | **☐**Oral**☐**IV**☐**outra:  |
|  | **☐**Oral**☐**IV**☐**outra: |
|  | **☐**Oral**☐**IV**☐**outra:  |
|  | **☐**Oral**☐**IV**☐**outra: |
|  | **☐**Oral**☐**IV**☐**outra:  |

1. **CONSUMO DE TABACO, ÁLCOOL, DROGAS E HEMOTRANSFUSÕES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Tabagismo durante esta gestação**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei | **Se a resposta for sim, especifique a média diária:** | **☐** <10 cigarros por dia**☐** ≥10 cigarros por dia |
| 1. **Consumo de álcool durante esta gestação**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei | **Se a resposta for sim, especifique a média diária:****Especifique o tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **☐** Menos que 1-2 drinques com álcool[[9]](#footnote-9) por dia**☐** 2-5 drinques com álcool por dia**☐** >5 drinques com álcool por dia |
| 1. **Uso de drogas ilícitas e recreativas durante esta gestação**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei | **Se a resposta for sim, especifique todos os tipos de drogas usadas e a via de administração:** |  |
| 1. **A paciente recebeu hemotransfusão?**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei | **Especifique/estime a data da última hemotransfusão e o motivo da transfusão:** |  |

1. **HISTÓRICO DE IMUNIZAÇÕES MATERNO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vacina** | **Imunizada?** | **Data da última dose** (dd/mm/aaaa) |
| 1. **Rubéola**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |  |
| 1. **Sarampo**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |  |
| 1. **Caxumba**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |  |
| 1. **Pertussis acelular**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |  |
| 1. **Varicela**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |  |
| 1. **Tétano**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |  |
| 1. **Difteria**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |  |
| 1. **Pólio**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |  |
| 1. **Influenza sazonal**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |  |
| 1. **Febre amarela**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |  |
| 1. **Encefalite japonesa**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |  |
| 1. **Encefalite transmitida por carrapatos**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |  |
| 1. **Vírus da dengue**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não sei |  |
| 1. **Alguma outra vacina foi administrada durante esta gestação?**
 | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não seiSe a resposta for sim, especifique: |  |
| **Alguma outra vacina foi administrada durante esta gestação?** | **☐**Sim **☐**Não **☐**Não seiSe a resposta for sim, especifique: |  |

1. **DESFECHO DAS DOENÇAS MATERNAS DIAGNOSTICADAS** Registre os desfechos finais das doenças diagnosticadas nas mães com base nos resultados laboratoriais, no quadro clínico e nas definições de caso. Escolha a definição de caso apropriada (por exemplo, definições de caso nacionais/locais ou da OMS) e certifique-se de que as definições usadas são claras e foram compartilhadas com todos os envolvidos no estudo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Patógeno** | **Diagnóstico** | **Data de início** (dd/mm/aaaa) | **Comentários** |
| 1. **Vírus Zika**
 | **☐** Infecção aguda confirmada**☐**Provável infecção aguda**☐**Infecção prévia confirmada**☐**Provável infecção prévia**☐**Negativo **☐**Não testado ☐Não sei | \_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_ |  |
| 1. **Vírus da dengue**
 | **☐** Infecção aguda confirmada**☐**Provável infecção aguda**☐**Infecção prévia confirmada**☐**Provável infecção prévia**☐**Negativo **☐**Não testado ☐Não sei | \_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_ |  |
| 1. **Vírus da febre amarela**
 | **☐** Infecção aguda confirmada**☐**Provável infecção aguda**☐**Infecção prévia confirmada**☐**Provável infecção prévia**☐**Negativo **☐**Não testado ☐Não sei | \_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_ |  |
| 1. **Vírus do Nilo Ocidental**
 | **☐** Infecção aguda confirmada**☐**Provável infecção aguda**☐**Infecção prévia confirmada**☐**Provável infecção prévia**☐**Negativo **☐**Não testado ☐Não sei | \_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_ |  |
| 1. **Vírus Chicungunya**
 | **☐** Infecção aguda confirmada**☐**Provável infecção aguda**☐**Infecção prévia confirmada**☐**Provável infecção prévia**☐**Negativo **☐**Não testado ☐Não sei | \_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_ |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Toxoplasmose**
 | **☐** Infecção aguda confirmada**☐**Provável infecção aguda**☐**Infecção prévia confirmada**☐**Provável infecção prévia**☐**Negativo **☐**Não testado ☐Não sei | \_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_ |  |
| 1. **Rubéola**
 | **☐** Infecção aguda confirmada**☐**Provável infecção aguda**☐**Infecção prévia confirmada**☐**Provável infecção prévia**☐**Negativo **☐**Não testado ☐Não sei | \_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_ |  |
| 1. **Citomegalovírus**
 | **☐** Infecção aguda confirmada**☐**Provável infecção aguda**☐**Infecção prévia confirmada**☐**Provável infecção prévia**☐**Negativo **☐**Não testado ☐Não sei | \_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_ |  |
| 1. **Vírus do herpes simples**
 | **☐** Infecção aguda confirmada**☐**Provável infecção aguda**☐**Infecção prévia confirmada**☐**Provável infecção prévia**☐**Negativo **☐**Não testado ☐Não sei | \_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_ |  |
| 1. **Sífilis**
 | **☐** Infecção aguda confirmada**☐**Provável infecção aguda**☐**Infecção prévia confirmada**☐**Provável infecção prévia**☐**Negativo **☐**Não testado ☐Não sei | \_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_ |  |
| 1. **Outras (especifique):**
 | **☐** Infecção aguda confirmada**☐**Provável infecção aguda**☐**Infecção prévia confirmada**☐**Provável infecção prévia**☐**Negativo  | \_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_ |  |
| **Outras (especifique):** | **☐** Infecção aguda confirmada**☐**Provável infecção aguda**☐**Infecção prévia confirmada**☐**Provável infecção prévia**☐**Negativo  | \_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_ |  |

**8) DESFECHO FINAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Desfecho** | **Detalhes** |
| 1. **Data de alta/retorno para a residência** (dd/mm/aaaa)
 | \_\_ / \_\_ / 20 \_\_\_\_ |
| 1. **Desfecho materno por ocasião da alta/retorno para a residência**
 | **☐**Alta/retorno para a residência sem sequelas **☐**Alta/ retorno para a residência com sequelas **☐**Morte  |
| **Em caso de alta/retorno para a residência com sequelas, descreva-as:** |  |
| 1. **Em caso de morte, especifique a data** (dd/mm/aaaa)
 | \_\_ / \_\_\_ / 20 \_\_\_\_ |
| 1. **Desfecho do parto**
 | **☐**Nascido vivo **☐**Morte anteparto **☐**Morte intraparto **☐**Aborto espontâneo **☐**Aborto terapêutico  |
| 1. **Infecção materna pelo vírus Zika**
 | **☐**Positiva **☐**Provável **☐**Negativa **☐**Não sei **☐**Não testada |
| 1. **Como foi confirmado o diagnóstico?**
 | **☐**Confirmado laboratorialmente pelo laboratório do hospital local **☐**Confirmado laboratorialmente pelo laboratório de referência nacional **☐**Confirmado laboratorialmente pelo laboratório de referência internacional ☐Outra opção, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| 1. **Outros desfechos maternos (especifique todos):**
 |

**9) FORMULÁRIO DE RELATO DE CASO PREENCHIDO POR**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome e função** |  |
| **Assinatura** |  | **Data** (dd/mm/aaaa) | \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ |

1. Inclui doença arterial coronariana, doença cerebrovascular (AVC), hipertensão (pressão diastólica >100 mmHg), doença arterial periférica, cardiopatia reumática, cardiopatia congênita e insuficiência cardíaca. www.who.int/topics/cardiovascular\_diseases/en/ [↑](#footnote-ref-1)
2. Doenças pulmonares crônicas que causem limitações no fluxo aéreo pulmonar (denominadas previamente de enfisema, bronquite crônica), diagnosticadas por espirometria ou sinais clínicos (por exemplo, falta de ar e aumento do tempo de expiração forçada. www.who.int/respiratory/copd/diagnosis/en/ [↑](#footnote-ref-2)
3. Creatinina >3 mg% (265 umol/l), diálise, transplante, síndrome urêmica [↑](#footnote-ref-3)
4. Cirrose com hipertensão portal +/- sangramento devido a varizes esofágicas [↑](#footnote-ref-4)
5. Transtornos do sistema nervoso, como, por exemplo, epilepsia, esclerose múltipla, doença de Parkinson, síndromes dolorosas crônicas, lesões cerebrais crônicas, ELA, etc. [↑](#footnote-ref-5)
6. Hipopituitarismo, insuficiência adrenal, acidose recorrente [↑](#footnote-ref-6)
7. LES, poliomielite, polimialgia reumática, transtornos mistos do tecido conectivo [↑](#footnote-ref-7)
8. Infecção por HIV-1 ou HIV-2 confirmada laboratorialmente (a despeito da percentagem/contagem de linfócitos CD4 ou da carga viral do HIV no sangue), ou paciente com doença definidora de AIDS. [↑](#footnote-ref-8)
9. Definimos um drinque como qualquer bebida alcoólica, como, por exemplo, uma taça de vinho, um copo de cerveja ou um coquetel [↑](#footnote-ref-9)