

FORMULÁRIO DE RELATO DE CASO DO VÍRUS ZIKA CUIDADOS PRÉ-NATAIS MATERNOS - CPNM [8]

Código de identificação da mãe: _____ Código de identificação do neonato: _____

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 de 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 (O) 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.*

FORMULÁRIO DE RELATO DE CASO DO VÍRUS ZIKA CUIDADOS PRÉ-NATAIS MATERNOS - CPNM [8]

Código de identificação da mãe: _____ Código de identificação do neonato: _____

1. Nome do centro/clinica/hospital		
2. Posição geográfica	Latitude ____.	Longitude ____.
Se a posição geográfica não estiver disponível, informe a localidade abaixo		
3. Cidade		
4. País		

1) CUIDADOS PRÉ-NATAIS

5. Grupo sanguíneo e fator Rh da mãe	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> Rh positivo <input type="checkbox"/> Rh negativo <input type="checkbox"/> Não sei
6. Último período menstrual da mãe (dd/mm/aaaa)	__ / __ / 20 __	<input type="checkbox"/> Tenho certeza <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Não sei

Ultrassonografia do 1º trimestre (<14 semanas de gestação)

7. Ultrassonografia do 1º trimestre	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	8. Data do exame (dd/mm/aaaa)	__ / __ / 20 __
9. Idade gestacional no momento do exame de ultrassonografia	__ semanas __ dias <input type="checkbox"/> Não sei	10. Base para estimativa da idade gestacional no momento do exame de ultrassonografia	<input type="checkbox"/> Último período menstrual <input type="checkbox"/> Ultrassonografia <input type="checkbox"/> Reprodução assistida <input type="checkbox"/> Outra
11. O laudo e/ou as imagens do exame estão em anexo?	Laudo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Imagens <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Achados da ultrassonografia do 1º trimestre

12. Atividade cardíaca fetal	<input type="checkbox"/> Detectada <input type="checkbox"/> Não detectada <input type="checkbox"/> Não avaliada	13. Comprimento crânio-nádega (CCN)	<input style="width: 50px;" type="text"/> mm <input type="checkbox"/> Não avaliado <input type="checkbox"/> Não sei
14. Diâmetro biparietal (DBP)	<input style="width: 50px;" type="text"/> mm <input type="checkbox"/> Não avaliado <input type="checkbox"/> Não sei	15. Translucência nucal	<input style="width: 50px;" type="text"/> mm <input type="checkbox"/> Não avaliada <input type="checkbox"/> Não sei
16. Rastreamento de síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Baixo risco <input type="checkbox"/> Alto risco <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Não sei	17. Se o caso foi considerado de alto risco, especifique os testes usados e os resultados:	

18. Anomalias	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
---------------	--

Se tiverem sido detectadas anomalias/anormalidades, marque todas as opções aplicáveis:	<input type="radio"/> Holoprosencefalia <input type="radio"/> Anencefalia <input type="radio"/> Encefalocoele <input type="radio"/> Espinha bífida <input type="radio"/> Onfalocele <input type="radio"/> Gastrosquise <input type="radio"/> Megabexiga <input type="radio"/> Anormalidade cardíaca
	<input type="radio"/> Anormalidade de extremidades (especifique): <input type="radio"/> Anormalidade esquelética (especifique): <input type="radio"/> Outra anormalidade (especifique):

FORMULÁRIO DE RELATO DE CASO DO VÍRUS ZIKA CUIDADOS PRÉ-NATAIS MATERNOS - CPNM [8]

Código de identificação da mãe: _____ Código de identificação do neonato: _____

19. Outros achados significativos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a resposta for sim, por favor descreva/especifique.
2º trimestre (14 a 24 semanas de gestação)		
20. Movimentos fetais		<input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Reduzidos <input type="checkbox"/> Aumentados <input type="checkbox"/> Não sei
21. Ultrassonografia do 2º trimestre	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não avaliado <input type="checkbox"/> Não sei	22. Data do exame (dd/mm/aaaa) _____ / _____ / 20 ____
23. Idade gestacional no momento do exame de ultrassonografia	____ semanas ____ dias <input type="checkbox"/> Não sei	24. Base para estimativa da idade gestacional no momento do exame de ultrassonografia <input type="checkbox"/> Último período menstrual <input type="checkbox"/> Ultrassonografia <input type="checkbox"/> Reprodução assistida <input type="checkbox"/> Outra opção
25. O laudo e/ou as imagens do exame estão em anexo?	Laudo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Imagens <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Achados da ultrassonografia do 2º trimestre (14-24 semanas de gestação)		
26. Circunferência cefálica (CC)	<input style="width: 40px;" type="text"/> mm <input type="checkbox"/> Não avaliada <input type="checkbox"/> Não sei	27. Diâmetro biparietal (DBP)
		<input style="width: 40px;" type="text"/> mm <input type="checkbox"/> Não avaliada <input type="checkbox"/> Não sei
28. Método de medição do DBP: Borda óssea externa à externa Borda óssea externa à interna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Não sei	29. Circunferência abdominal (CA)
		<input style="width: 40px;" type="text"/> mm <input type="checkbox"/> Não avaliada <input type="checkbox"/> Não sei
30. Diâmetro transcerebelar (DTC)	<input style="width: 40px;" type="text"/> mm <input type="checkbox"/> Não avaliado <input type="checkbox"/> Não sei	31. Comprimento do fêmur (CF)
		<input style="width: 40px;" type="text"/> mm <input type="checkbox"/> Não avaliado <input type="checkbox"/> Não sei
32. Foram detectadas anomalias cerebrais (por exemplo, calcificação ou ventriculomegalia)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	Se a resposta for sim, descreva/especifique:
33. Foram detectadas anomalias cerebelares (por exemplo, tamanho reduzido ou calcificação)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	Se a resposta for sim, descreva/especifique:
34. Se foram detectadas outras anomalias, marque todas as opções aplicáveis:	Cabeça <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Cérebro <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Face <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Extremidades <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Pulmões/Pleura <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Rins <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

FORMULÁRIO DE RELATO DE CASO DO VÍRUS ZIKA CUIDADOS PRÉ-NATAIS MATERNS - CPNM [8]

Código de identificação da mãe: _____ Código de identificação do neonato: _____

	Pescoço <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Coluna vertebral <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Coração <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Parede abdominal anterior <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Gastrointestinal <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Bexiga <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Anormalidade cromossômica <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não (após amniocentese ou biópsia de vilosidades coriônicas)	Genitália <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Cordão com dois vasos <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Outra <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Informações detalhadas sobre as anomalias			
35. Volume de líquido amniótico	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Polidrâmnio <input type="checkbox"/> Reduzido <input type="checkbox"/> Oligodrâmnio <input type="checkbox"/> Anidrâmnio <input type="checkbox"/> Não sei		
Ultrassonografia do 3º trimestre (>24 semanas de gestação)			
36. Movimentos fetais	<input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Reduzidos <input type="checkbox"/> Aumentados <input type="checkbox"/> Não sei		
37. Ultrassonografia do 3º trimestre	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	38. Data do exame (dd/mm/aaaa) _____ / _____ / 20 ____	
39. Idade gestacional no momento do exame de ultrassonografia	____ semanas ____ dias <input type="checkbox"/> Não sei	40. Base para estimativa da idade gestacional no momento do exame de ultrassonografia <input type="checkbox"/> Último período menstrual <input type="checkbox"/> Ultrassonografia <input type="checkbox"/> Reprodução assistida <input type="checkbox"/> Outra opção:	
41. O laudo e/ou as imagens do exame estão em anexo?	Laudo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Imagens <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Achados da ultrassonografia do 3º trimestre			
42. Circunferência cefálica (CC)	<input type="text" value=""/> mm <input type="checkbox"/> Não avaliada <input type="checkbox"/> Não sei	43. Diâmetro biparietal (DBP)	<input type="text" value=""/> mm <input type="checkbox"/> Não avaliado <input type="checkbox"/> Não sei
44. Método de medição do DBP: Borda óssea externa à externa Borda óssea externa à interna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Não sei	45. Circunferência abdominal (CA)	<input type="text" value=""/> mm <input type="checkbox"/> Não avaliada <input type="checkbox"/> Não sei
46. Diâmetro transcerebelar (DTC)	<input type="text" value=""/> mm <input type="checkbox"/> Não avaliado	47. Comprimento do fêmur (CF)	<input type="text" value=""/> mm <input type="checkbox"/> Não avaliado

FORMULÁRIO DE RELATO DE CASO DO VÍRUS ZIKA CUIDADOS PRÉ-NATAIS MATERNOS - CPNM [8]

Código de identificação da mãe: _____ Código de identificação do neonato: _____

	<input type="checkbox"/> Não sei		<input type="checkbox"/> Não sei
48. Foram detectadas anomalias cerebrais (por exemplo, calcificação ou ventriculomegalia)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	Se a resposta for sim, descreva/especifique:	
49. Foram detectadas anomalias cerebelares (por exemplo, tamanho reduzido ou calcificação)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	Se a resposta for sim, descreva/especifique:	
50. Se foram detectadas outras anomalias, marque todas as opções aplicáveis:	Cabeça <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Cérebro <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Face <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Pescoço <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Coluna vertebral <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Coração <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Parede abdominal anterior <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Gastrointestinal <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		Bexiga <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Extremidades <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Pulmões/Pleura <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Rins <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Genitália <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Anormalidade cromossômica <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não (após amniocentese ou biópsia de vilosidades coriônicas) Cordão com dois vasos <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Outra <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Informações detalhadas sobre as anomalias			
51. Volume de líquido amniótico	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Polidrâmio <input type="checkbox"/> Reduzido <input type="checkbox"/> Oligodrâmio <input type="checkbox"/> Anidrâmio <input type="checkbox"/> Não sei		
52. Placenta prévia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei		
53. Outras anormalidades placentárias	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	Se a resposta for sim, especifique:	
54. Doppler da artéria umbilical	<input type="checkbox"/> Fluxo diastólico final positivo <input type="checkbox"/> Fluxo diastólico final ausente <input type="checkbox"/> Fluxo diastólico final reverso <input type="checkbox"/> Não sei		Índice de resistência (IR) <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> Índice de pulsatilidade (IP) <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>

2) OUTROS EXAMES

55. Amniocentese Data da amniocentese: (dd/mm/aaaa) __ / __ / 20 __	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Não realizada <input type="checkbox"/> Não sei	Se o resultado for anormal, especifique os achados significativos:	
--	---	--	--

FORMULÁRIO DE RELATO DE CASO DO VÍRUS ZIKA CUIDADOS PRÉ-NATAIS MATERNOS - CPNM [8]

Código de identificação da mãe: _____ Código de identificação do neonato: _____

56. Outros exames intrauterinos: Data do exame: __ / __ / 20 __	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	Se a resposta for sim, especifique os exames e os achados significativos:
Outros exames intrauterinos: Data do exame: __ / __ / 20 __	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	Se a resposta for sim, especifique os exames e os achados significativos:
Outros exames: Data do exame: __ / __ / 20 __	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	Se a resposta for sim, especifique os exames e os achados significativos:

3) COMPLICAÇÕES MATERNAS DA GESTAÇÃO Registre as complicações iniciadas durante a gestação

AFECÇÕES CLÍNICAS Durante a gestação, a mãe recebeu diagnóstico ou tratamento de alguma das afecções a seguir?			
57. Diabetes, doença tireoidiana ou outra doença endócrina	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	64. Infecção do trato respiratório com necessidade de tratamento com antibióticos/antivirais	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
58. Qualquer tipo de malignidade/câncer (incluindo leucemia ou linfoma)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	65. Qualquer outra infecção com necessidade de tratamento com antibióticos/antivirais	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
59. Doença cardíaca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	66. Estado de portadora de estreptococos do grupo B	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
60. Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	67. HIV ou AIDS	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
61. Doença mental (por exemplo, depressão clínica)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	68. Infecções do trato genital ou DST	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
62. Pielonefrite ou doença renal	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	69. Colestase	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
63. Infecção do trato urinário inferior com necessidade de tratamento com antibióticos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	70. Qualquer outra afecção clínica/cirúrgica com necessidade de tratamento/encaminhamento	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
63. Infecção do trato urinário inferior com necessidade de tratamento com antibióticos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	71. Qualquer acidente ou trauma materno com necessidade de internação hospitalar ou encaminhamento para um centro de tratamento mais especializado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei

FORMULÁRIO DE RELATO DE CASO DO VÍRUS ZIKA CUIDADOS PRÉ-NATAIS MATERNOS - CPNM [8]

Código de identificação da mãe: _____ Código de identificação do neonato: _____

DOENÇAS RELACIONADAS À GESTAÇÃO			
Durante a gestação, a mãe recebeu diagnóstico ou tratamento de alguma das afecções a seguir?			
72. Vômitos intensos com necessidade de hospitalização	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	82. Anemia fetal	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
73. Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	83. Angústia fetal (anormalidades na frequência cardíaca fetal ou no perfil biofísico fetal)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
74. Sangramento vaginal antes de 14 semanas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	84. Suspeita de comprometimento do crescimento fetal	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
75. Sangramento vaginal entre 14 e 24 semanas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	85. Oligodrâmnio	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
76. Sangramento vaginal após 24 semanas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	86. Polidrâmnio	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
77. Hipertensão induzida pela gravidez (PA>140/90 mmHg, sem proteinúria)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	87. Afecção com necessidade de amniocentese ou biópsia de vilosidades coriônicas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
78. Pré-eclâmpsia (PA>140/90 mmHg <u>com</u> proteinúria)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	88. Descolamento prematuro da placenta	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
79. Pré-eclâmpsia grave/ Eclâmpsia /Síndrome HELLP	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	89. Corioamnionite clínica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
80. Doença hemolítica por incompatibilidade do Rh ou anticorpos anti-Kell	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	90. Outra (especifique _____)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
81. Trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei		
	< 14 semanas	14-24 semanas	>24 semanas
91. Nível mais baixo de hemoglobina	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dl	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dl	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dl
OU hematócrito mais baixo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %

4) FORMULÁRIO DE RELATO DE CASO PREENCHIDO POR

Nome e função			
Assinatura		Data (dd/mm/aaaa)	__ / __ / 20__