

**Ficha de notificação para casos da Síndrome Inflamatória Multissistêmica  
Pediátrica (SIM-P) temporalmente associada à COVID-19**  
(formulário *online* <https://is.gd/simpcovid>)

**DEFINIÇÃO DE CASO CONFIRMADO**

**Definição de caso preliminar\***

Caso que foi hospitalizado ou óbito com:

- Presença de febre elevada (considerar o mínimo de 38°C) e persistente ( $\geq 3$  dias) em crianças e adolescentes (entre 0 e 19 anos de idade)

**E**

- Pelo menos dois dos seguintes sinais e/ou sintomas:
  - Conjuntivite não purulenta ou erupção cutânea bilateral ou sinais de inflamação mucocutânea (oral, mãos ou pés),
  - Hipotensão arterial ou choque,
  - Manifestações de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronárias (incluindo achados do ecocardiograma ou elevação de Troponina / NT-proBNP),
  - Evidência de coagulopatia (por TP, TTPa, D-dímero elevados).
  - Manifestações gastrointestinais agudas (diarreia, vômito ou dor abdominal).

**E**

- Marcadores de inflamação elevados, como VHS, PCR ou procalcitonina, entre outros.

**E**

- Afastadas quaisquer outras causas de origem infecciosa óbvia de inflamação, incluindo sepse bacteriana, síndromes de choque estafilocócica ou estreptocócica.

**E**

- Evidência de COVID-19 (biologia molecular, teste antigênico ou sorológico positivos) ou história de contato com caso de COVID-19.

**Comentários adicionais**

- Podem ser incluídos crianças e adolescentes que preencherem critérios totais ou parciais para a síndrome de Kawasaki ou choque tóxico, com evidência de infecção pelo SARS-CoV-2.

\*Adaptada pelo Ministério da Saúde, com base na definição de caso da OPAS/OMS (WHO/2019-nCoV/MIS\_Children\_CRF/2020.2), validada pela Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade Brasileira de Cardiologia e Instituto Evandro Chagas.

**NT-proBNP** - N-terminal do peptídeo natriurético tipo B; **TP** - Tempo de protrombina; **TTPa** - Tempo de tromboplastina parcial ativada; **VHS** – Velocidade de hemossedimentação; **PCR** – Proteína C-reativa.

**Identificação da notificação**

UF de Notificação: \_\_\_\_\_ Município de notificação: \_\_\_\_\_

Nome da Unidade de Notificação: \_\_\_\_\_

CNES: \_\_\_\_\_ Data da Notificação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome do profissional: \_\_\_\_\_

Telefone de contato do profissional / unidade notificante: \_\_\_\_\_

E-mail de contato do profissional / unidade notificante: \_\_\_\_\_

**Identificação do caso ou óbito**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Nome do(a) Responsável: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Nº do CPF: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Nº do Cartão Nacional de Saúde: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Se sexo feminino, está gestante? ( ) sim ( ) não ( ) não sabe ( ) não se aplica

Se sim, período gestacional:

( ) 1º trimestre ( ) 2º trimestre ( ) 3º trimestre ( ) ignorado

Raça/cor: ( ) branca ( ) preta ( ) parda ( ) amarela ( ) indígena ( ) não declarado

Se indígena, qual etnia? \_\_\_\_\_

Endereço de residência

Logradouro: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Identificação da hospitalização**

Data internação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Qual a principal hipótese diagnóstica no momento da internação? \_\_\_\_\_

Internação em UTI? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, data de entrada na UTI: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ data de alta da UTI: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Critérios atendidos**

Quais critérios da definição de caso encontram-se presentes?

( ) Febre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  e  $\geq 3$  dias Data de início da febre: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_( ) Conjuntivite não purulenta **ou** erupção cutânea bilateral **ou** sinais de inflamação muco-cutânea (oral, mãos ou pés)( ) Hipotensão arterial **ou** choque

( ) Manifestações de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronárias

( ) Evidência de coagulopatia

( ) Manifestações gastrointestinais agudas (diarreia, vômito ou dor abdominal)

( ) Marcadores de inflamação elevados

( ) Afastadas quaisquer outras causas de origem infecciosa

( ) Evidência de COVID-19 ou história de contato próximo com caso de COVID-19

**Sinais/sintomas e achados clínicos**

Data de início dos sintomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ cm

Quais sinais e sintomas foram percebidos?

- |  |                         |   |
|--|-------------------------|---|
| ( ) Alterações na cor da pele (ex. palidez, cianose) | ( ) Dispneia            | ( ) Irritabilidade                                      |
| ( ) Cefaleia   | ( ) Dor à deglutição    | ( ) Letargia  |
| ( ) Confusão mental                                  | ( ) Dor de garganta     | ( ) Linfadenopatia                                      |
| ( ) Conjuntivite                                     | ( ) Dor no peito        | ( ) Náusea / Vômitos                                    |
| ( ) Coriza   | ( ) Dores abdominais    | ( ) Mialgia   |
| ( ) Diarreia   | ( ) Edema cervical      | ( ) Manchas vermelhas pelo corpo (exantema, rash, etc.) |
|  | ( ) Edema de mãos e pés |   |

- ( ) Oligúria (<2ml/kg/hr)      ( ) Tosse      ( ) outros, especificar:  
 ( ) Taquicardia      ( ) Sat.O<sub>2</sub> <95% ar ambiente      \_\_\_\_\_

**Complicações apresentadas:**

- ( ) Não houve complicação      ( ) Infarto do miocárdio      ( ) Pneumonia  
 ( ) Convulsões      ( ) Insuficiência renal aguda      ( ) Sepsis  
 ( ) Edema Agudo Pulmonar      ( ) Necessidade de ventilação      ( ) Outros, especificar:  
 ( ) Evento tromboembólico      invasiva      \_\_\_\_\_  
 ( ) Falência de outros órgãos      ( ) Necessidade de ventilação  
 ( ) Hipertensão arterial      não invasiva  
 ( ) Hipotensão – necessidade      ( ) Necessidade de troca  
 de uso de drogas vasoativas      plasmática

**Antecedentes clínico-epidemiológicos**

**Doença ou condição pré-existente:**

- [ ] Não apresenta  
 [ ] Cardiopatia **Se sim:**      ( ) pericardite; ou      [ ] Imunossuprimido  
 ( ) congênita ou ( ) adquirida.      ( ) arritmia      [ ] Hipertensão arterial  
**Se congênita:**      [ ] Diabete      [ ] Hipertensão pulmonar  
 ( ) acianogênica ou      [ ] Dislipidemia      [ ] Nefropatia  
 ( ) cianogênica.      [ ] Desnutrição      [ ] Pneumopatia  
**Se adquirida:**      [ ] Doença hematológica      [ ] Síndrome genética  
 ( ) insuficiência cardíaca;      [ ] Doença neurológica      [ ] Outras. Quais?  
 ( ) febre reumática;      [ ] Doença reumatológica  
 ( ) miocardite;      [ ] Doença oncológica

Faz uso de medicação diária?

- ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu  
 Se sim, qual/quais? \_\_\_\_\_  
 Se não, fez uso de algum medicamento nos 30 dias antes do início dos sintomas?  
 ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu  
 Se sim, qual/quais? \_\_\_\_\_

Recebeu alguma vacina nos 60 dias antes do início dos sintomas?

- ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu  
 Se sim, qual/quais? \_\_\_\_\_  
 Já teve diagnóstico prévio de Síndrome de Kawasaki? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu  
 Se sim, quando? \_\_\_\_\_

Fez ou Faz algum acompanhamento/tratamento? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu

Teve contato com algum caso confirmado para COVID-19?

- ( ) sim ( ) não ( ) Não sabe/Não respondeu  
 Se sim, data de início dos sintomas do contato? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data da última exposição: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Resultados de Exames**

Marcadores de inflamação, coagulopatia ou disfunção orgânica:

- Hemoglobina (g/L):**      ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
 ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou      **TTPTa:** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**Leucócitos totais (x10<sup>9</sup>/L):**      **TP:** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
 ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou      **Fibrinogênio (g/L):**  
**Neutrófilos (x10<sup>9</sup>/L):**      ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
 ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou      **Procalcitonina (ng/mL):**  
**Linfócitos (x10<sup>9</sup>/L):**      ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
 ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou      **Proteína C reativa (mg/dL):**  
**Hematócrito (%):**      ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
 ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou      **VHS (mm/h):**  
**Plaquetas (x10<sup>9</sup>/L):**      ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**Dímero-D (mg/L):**  
( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**IL-6 (pg/mL):**  
( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**Creatinina (µmol/L):**  
( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**Sódio (mmol/L):**  
( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**Potássio (mmol/L):**  
( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**Ureia (mmol/L):**  
( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**NT Pro-BNP (pg/mL):**  
( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**BNP (pg/mL):**  
( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**Troponina (ng/mL):**

( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**CKMB (U/L):**  
( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**DHL (U/L):**  
( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**Triglicérides:**  
( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**TGO (U/L):**  
( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**TGP (U/L):**  
( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**Albumina (g/dL):**  
( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**Lactato (mmol/L):**  
( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**Ferritina (µg/mL):**  
( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**Hemocultura?** ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Resultado: \_\_\_\_\_

**Realizou exame de imagens?** ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado. Se sim, data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Qual(is) exame(s) de imagem?

( ) Radiografia do Tórax Resultado: ( ) Imagem de vidro fosco  
( ) Tomografia do Tórax ( ) Infiltração ( ) Condensação  
( ) Derrame Pleural ( ) Outros. \_\_\_\_\_

( ) Ultrassonografia de abdome - Resultado:

( ) Hepatomegalia ( ) Ileíte ( ) Outros. \_\_\_\_\_  
( ) Eplenomegalia ( ) Linfadenite \_\_\_\_\_  
( ) Colite ( ) Ascite \_\_\_\_\_

( ) Ecocardiografia - Resultado:

( ) Sinais de disfunção miocárdica ( ) Anormalidades coronarianas  
( ) Sinais de pericardite ( ) Outros. \_\_\_\_\_  
( ) Sinais de valvulite

**Realizou eletrocardiograma?** ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado Resultado: \_\_\_\_\_

Realizou coleta de exames laboratoriais específicos para COVID-19? ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado  
Se sim, qual(is)?

**RT-PCR:** ( ) Sim ( ) Não Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Material de coleta:

( ) *swab* nasofaringe ( ) secreção traqueal ( ) Outros, especificar \_\_\_\_\_

Resultado da coleta:

( ) Detectável para SARS-CoV-2 (COVID-19) Se detectável para outros agentes infecciosos,  
( ) Não detectável para SARS-CoV-2 (COVID-19) quais? \_\_\_\_\_  
( ) Indeterminado para SARS-CoV-2 (COVID-19) ( ) Ignorado  
( ) Detectável para outros agentes infecciosos

**Sorologia/Teste Rápido para SARS-CoV-2:** ( ) Sim ( ) Não

Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Método de sorologia: ( ) Teste rápido ( ) Outro

Resultado:

( ) Reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19) ( ) Inconclusivo para SARS-CoV-2 (COVID-19)  
( ) Não reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19) ( ) Ignorado

Realizou coleta de exames laboratoriais específicos para outra(s) etiologia(s) além de COVID-19? ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado Se sim, quais? \_\_\_\_\_  
(Descrever etiologias, data de coleta, técnica de análise e resultado).

### Tratamento

Em algum momento da internação utilizou alguma das terapêuticas abaixo?

**Antivírico?** ( ) Sim ( ) Não ( ) se desconhece. Se sim, qual(is)?

[ ] Ribavirina [ ] Lopinavir ou Ritonavir [ ] Tocilizumabe [ ] Ivermectina [ ] Remdesivir

[ ] Outros \_\_\_\_\_

**Corticoesteroide?** ( ) Sim ( ) Não ( ) se desconhece. Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

**Imunoglobulina intravenosa?** ( ) Sim ( ) Não ( ) se desconhece. Se sim, data de início: \_\_/\_\_/\_\_

Dose diária: \_\_\_\_\_ (incluir unidade); duração (em dias): \_\_\_\_\_

**Anticoagulação sistêmica?** ( ) Sim ( ) Não ( ) se desconhece. Se sim, data de início: \_\_/\_\_/\_\_

Dose diária: \_\_\_\_\_ (incluir unidade); duração (em dias): \_\_\_\_\_

**Outra(s)?** ( ) Sim ( ) Não ( ) se desconhece. Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

### Variáveis de encerramento

**Diagnóstico médico final:**

- ( ) SIM-P ( ) Kawasaki ( ) Kawasaki atípica  
( ) Síndrome do Choque Tóxico ( ) Outro, especifique: \_\_\_\_\_

**Evolução:** ( ) Alta hospitalar

Se alta: ( ) sem sequelas ( ) com sequelas.

Qual/quais? \_\_\_\_\_

( ) Óbito

Data da evolução: \_\_/\_\_/\_\_

**Classificação do caso – Para uso exclusivo da Vigilância Epidemiológica**

- ( ) Em investigação ( ) SIM-P temporalmente associada à COVID-19  
( ) Descartado – não atende aos critérios ( ) Descartado\* – outro diagnóstico \_\_\_\_\_  
\*atende aos critérios, mas foi confirmado para outro diagnóstico  
( ) SIM-A temporalmente associada à COVID-19 (Adultos)  
\*atende aos critérios, porém fora da faixa etária preconizada

**Critério de confirmação**

- ( ) Laboratorial ( ) Clínico-epidemiológico