



Instrumento para a Investigação de Caso de Invaginação Intestinal

Data do Preenchimento ____/____/____

Nº DE ORDEM _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome _____	
Data de Nascimento ____/____/____	Sexo [] M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
Raça/ Cor [] 1 - Branca 2 - Negra 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	Peso _____ Kg Estatura _____ cm
Endereço Residencial _____	
Bairro _____	Telefone: () _____
Município _____	UF _____ DIR _____

2. DADOS MATERNOS

Nome da Mãe _____	
Data de Nascimento ____/____/____	Anos de Estudos Completos _____

3. ANTECEDENTES NEONATAIS

Peso ao Nascer (gramas) _____	Prematuridade (< 37 semanas de gestação) [] 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Se prematuro, qual a idade gestacional (em semanas)? _____	

4. ANTECEDENTES VACINAIS

Vacina Contra Rotavírus [] 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Unidade de Saúde (ou Clínica Privada) _____		
SUVIS _____	Município _____	DIR _____	UF _____
Data da 1ª. Dose ____/____/____	Nº Lote _____	Data de Validade ____/____/____	Laboratório Produtor _____
Data da 2ª. Dose ____/____/____	Nº Lote _____	Data de Validade ____/____/____	Laboratório Produtor _____
Vacinas Aplicadas no Mesmo Dia da Vacina Contra Rotavírus 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
[] BCG [] HEPATITE B [] TETRAVALENTE [] SABIN [] SALK [] PNEUMO 7-VALENTE			
[] OUTRAS (especifique) _____			
Data de Aplicação da Última Dose da Vacina SABIN (anterior ou concomitante à vacina de Rotavírus) ____/____/____			

5. FATORES PREDISPOANTES PARA INVAGINAÇÃO INTESTINAL 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

[] Malformação Gastrointestinal	[] Cirurgia Abdominal Prévia	[] Pólipo Intestinal	[] Divertículo de Meckel
[] Malformação Vascular Intestinal	[] Fibrose Cística (Mucoviscidose)	[] Doença de Hirschsprung (Megacólon congênito)	[] IVAS Data do início dos Sintomas ____/____/____
[] Diarréia Aguda Data do Início dos Sintomas ____/____/____	[] História Familiar de Invaginação	[] Outras Lesões Gastrointestinais Especifique _____	

6. HISTÓRICO ALIMENTAR

[] 1 - Apenas Leite Materno 2 - Apenas Leite Artificial 3 - Aleitamento Misto 9 - Ignorado

7. DOENÇA ATUAL

Data do Diagnóstico de Invaginação ____/____/____	Data do Início dos Sintomas ____/____/____	Intervalo entre início dos sintomas e diagnóstico (em horas) ____h (somente até 24 horas após)	Data da Internação ____/____/____
Hospital de Internação			
Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Vômitos de estase / biliosos
<input type="checkbox"/> Dor abdominal	<input type="checkbox"/> Distensão abdominal	<input type="checkbox"/> Ruídos hidroaéreos diminuídos ou ausentes	<input type="checkbox"/> Palidez
<input type="checkbox"/> Letargia	<input type="checkbox"/> Prolapso intestinal	<input type="checkbox"/> Choque hipovolêmico	<input type="checkbox"/> Enterorragia
<input type="checkbox"/> Presença de fezes com sangue (geléia de morango)	<input type="checkbox"/> Presença de sangue no toque retal	<input type="checkbox"/> Massa retal palpável	<input type="checkbox"/> Massa abdominal palpável – (especifique o local) _____
<input type="checkbox"/> Outros (especifique) _____			
Exames Radiológicos 1 - Normal 2 - Alterado 3 - Não realizado 9 - Ignorado			
<input type="checkbox"/> Raio X simples de abdome	<input type="checkbox"/> Raio X contrastado de abdome	<input type="checkbox"/> Ultrassom de abdome	<input type="checkbox"/> Tomografia de abdome
<input type="checkbox"/> Outros (especifique) _____			
Descrever anormalidades encontradas em exames radiológicos alterados			

8. TRATAMENTO

<input type="checkbox"/> 1 - Redução incruenta	<input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgico	<input type="checkbox"/> 3 - Redução incruenta e cirúrgico	<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	Data do Procedimento ____/____/____
Descreva o tipo de tratamento _____				
<input type="checkbox"/> Ocorreram complicações?	1 - Sim	2 - Não	9 - Ignorado	Especifique _____

9. EVOLUÇÃO

<input type="checkbox"/> 1 - Cura	<input type="checkbox"/> 2 - Óbito	<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	Data da Alta/Óbito ____/____/____
Causa(s) do Óbito (especifique) _____			

10. CLASSIFICAÇÃO DO CASO

<input type="checkbox"/> 1 - Confirmado	<input type="checkbox"/> 2 - Provável	<input type="checkbox"/> 3 - Em investigação
---	---------------------------------------	--

11. CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO DO CASO

<input type="checkbox"/> 1 - Cirúrgico	<input type="checkbox"/> 2 - Radiológico	<input type="checkbox"/> 3 - Autópsia	<input type="checkbox"/> 4 - Critério de sinais e sintomas	<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
--	--	---------------------------------------	--	---------------------------------------

12. OBSERVAÇÕES (PRINCIPALMENTE SE CASO EM INVESTIGAÇÃO)

13. FONTE(S) DE IDENTIFICAÇÃO DO CASO 1 - Sim 2 - Não

<input type="checkbox"/> AIH	<input type="checkbox"/> Serviço de Cirurgia	<input type="checkbox"/> Serviço de Radiologia	<input type="checkbox"/> Outras (especifique) _____
------------------------------	--	--	---

14. DADOS DO ENTREVISTADOR

Nome do Entrevistador	Nome do Cirurgião
Hospital	
Serviço	Telefone () _____

ORIENTAÇÕES

IMPORTANTE: TODOS OS CASOS SUSPEITOS DE INVAGINAÇÃO INTESTINAL ATÉ 42 DIAS APÓS A APLICAÇÃO DA VACINA CONTRA ROTAVÍRUS DEVEM SER IMEDIATAMENTE NOTIFICADOS À VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA LOCAL, REGIONAL E CENTRAL (FONE: 0800- 555466), COM O PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-IMUNIZAÇÃO.

DEFINIÇÃO DE CASO

Paciente menor de um ano, internado no período de janeiro de 2001 a março de 2007, com diagnóstico de Invaginação Intestinal confirmado por um ou mais dos critérios abaixo:

CASO CONFIRMADO

1. Critério Cirúrgico: demonstração da invaginação intestinal,

e/ou

2. Critério Radiológico: demonstração da invaginação intestinal no enema opaco ou ultrassom com posterior demonstração de redução,

e/ou

3. Autópsia: demonstração da invaginação intestinal.

CASO PROVÁVEL

Critério de Sinais e Sintomas: 2 sinais maiores ou 1 sinal maior e 3 menores.

Sinais Maiores

1) Evidência de obstrução intestinal:

a) vômitos de estase / biliosos
e também

b) distensão abdominal e ruídos hidroaéreos diminuídos ou ausentes
ou

c) raio X simples de abdome com nível líquido e dilatação de alças.

2) Sinais de invaginação intestinal (um ou mais dos seguintes sinais):

a) massa abdominal,

b) massa retal,

c) prolapso intestinal,

d) raio X de abdome simples com invaginação evidente ou massa abdominal,

e) ultrassom de abdome com invaginação ou massa abdominal,

f) tomografia computadorizada de abdome com invaginação ou massa abdominal.

3) Evidência de comprometimento vascular do intestino ou congestão venosa:

a) passagem de sangue pelo reto

ou

b) presença de fezes com sangue (geléia de morango)

ou

c) presença de sangue no toque retal.

Sinais Menores

■ idade menor de um ano e sexo masculino,

■ dor abdominal,

■ vômitos,

■ letargia,

■ palidez,

■ choque hipovolêmico,

■ raio X simples de abdome anormal mas com padrão gasoso inespecífico.