

**SAVE THE DATE**  
**September 13, 2017**  
(World Sepsis Day)



**Extended Prevalence of  
Infection in Intensive Care**

**Estudo prospectivo multicêntrico internacional de  
prevalência em um dia**

**Investigadores do estudo EPIC**

**Protocolo do estudo**

## 1 Informações gerais

### 1.1 Organização

#### **Comitê diretivo**

**Derek Angus (EUA)**  
**Marc Bonten (Holanda)**  
**Bin Du (China)**  
**Simon Finfer (Austrália)**  
**Marin Kollef (EUA)**  
**Flavia Machado (Brasil)**  
**John Marshall (Canadá)**  
**Ignacio Martin-Loeches (Irlanda)**  
**Yasser Sakr (Alemanha)**  
**Mervyn Singer (Reino Unido)**  
**Jean-Francois Timsit (França)**  
**Jean-Louis Vincent (Bélgica, presidente)**

#### **Centro coordenador**

Departamento de terapia intensiva do Erasme University Hospital, Université libre de Bruxelles, Bélgica (**Prof. Jean Louis Vincent**)

#### **Gerenciamento de dados**

Hassane Nijimi  
Departamento de terapia intensiva do Erasme University Hospital, Free University of Brussels, Bélgica.

#### **Telefone (13 de setembro, 24 horas)**

.....

## 1. Resumo do protocolo

<b>Título do estudo</b>	Estudo ampliado de prevalência de infecção em unidades de terapia intensiva III ( <i>EPIC III</i> )
<b>Delineamento</b>	Prospectivo, multicêntrico, internacional, de prevalência em um dia
<b>População alvo</b>	Todos os pacientes adultos presentes ou admitidos a um dos centros participantes no dia do estudo (13 de setembro de 2017)
<b>Intervenções</b>	Nenhuma
<b>Objetivos do estudo/perguntas de pesquisa</b>	<p>Como a prevalência de infecção e o padrão de disfunção variam nas diferentes regiões do mundo?</p> <p>Qual o impacto da resistência bacteriana nos desfechos clínicos?</p> <p>Como variaram os padrões de infecção e de disfunção orgânica dos estudos anteriores (EPIC 1 e EPIC2) para o estudo atual (EPIC3)?</p>
<b>Análise de subgrupos/subestudo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Padrão e variação do uso de antimicrobianos</li> <li>- Comorbidades e prevalência e desfechos da infecção</li> <li>- Relacionamento de questões organizacionais da UTI e do hospital com a prevalência de infecção e desfechos</li> <li>- Prevalência e desfechos da infecção em subgrupos</li> <li>- Término da vida – decisões éticas</li> </ul>
<b>Duração do estudo</b>	Um dia (e 60 dias de seguimento quanto ao desfecho)
<b>Período de seguimento</b>	Duração de internação no hospital censurada aos 60 dias
<b>Datas importantes</b>	<p>Data final para o registro: 13 de setembro de 2017</p> <p>Dia do estudo: 13 de setembro de 2017 as 8:00 até dia 14 de setembro as 7:59</p> <p>Final do período de seguimento: 13 de novembro de 2017</p> <p>Data final para inserção dos dados: 15 de dezembro de 2017</p>

## 2. Embasamento e finalidade do estudo

A sepse é um problema importante e representa aproximadamente a 10<sup>a</sup> causa principal de óbito nos países industrializados, sendo a principal causa de morte na unidade de terapia intensiva (UTI). Os últimos anos testemunharam diversos estudos que forneceram importantes dados epidemiológicos nacionais e internacionais a respeito da frequência, fatores associados e custos da sepse (1-7). Em sua maior parte os estudos epidemiológicos a respeito de infecção e sepse foram realizados na América do Norte, Europa e Austrália, com uma quantidade relativamente pequena de dados fornecidos por poucos países.

Duas técnicas principais de avaliação foram utilizadas em todos esses estudos: prevalência, isto é, percentagem de uma população que tem sepse em um determinado momento, e incidência, isto é, o número de novos episódios de sepse com início durante um determinado período de tempo em uma população específica. As diferentes técnicas e definições utilizadas para sepse, em diferentes populações de estudo, podem tornar difícil a comparação dos resultados de diferentes estudos. Contudo, os dados epidemiológicos a respeito da doença, o(s) tipo(s) de paciente(s) afetados, os micro-organismos causais e os desfechos, são cruciais para aumentar e manter a conscientização a respeito do impacto da infecção e da sepse, para assim ajudar no desenvolvimento de políticas locais e internacionais para o diagnóstico e tratamento, e assim facilitar alocação adequada e apropriada de recursos, além de auxiliar no delineamento de estudos intervencionais.

O estudo europeu de infecção em terapia intensiva [*European Prevalence of Infection in Intensive Care* (EPIC)] (8), realizado em 29 de abril de 1992, incluiu dados de 1.417 UTIs em 17 países da Europa ocidental, e forneceu informações valiosas com relação à prevalência de infecção e dados demográficos de pacientes críticos infectados. Cinquenta anos após esta bem sucedida colaboração internacional, o estudo ampliado de prevalência de infecção na UTI [EPIC II (*Extended Prevalence of Infection in the ICU Study*)] foi realizado para fornecer um quadro atualizado da extensão e padrão da infecção nas UTIs ao redor do mundo (9). No dia do estudo foram colhidos dados demográficos, dados referentes à infecção e dados a respeito de desfecho de 1.265 unidades participantes, localizados em 75 países. Agora, passados 10 anos, planejamos realizar o estudo EPIC III em **13 de setembro de 2017** (no Dia

Mundial da Sepse), para proporcionar uma atualização da epidemiologia e dados de desfecho da infecção em pacientes de UTI ao redor do mundo. Esta importante iniciativa colaborativa resultará na formação de uma grande base de dados que será útil para tratar de uma série de questões fundamentais.

### **3. Objetivos do estudo**

#### **Objetivo primário**

O objetivo primário será avaliar como a prevalência de infecção e o padrão de disfunção variam nas diferentes regiões do mundo

#### **Objetivos secundários**

Os objetivos secundários são avaliar a o impacto da resistência bactéria nos desfechos clínicos e como variaram os padrões de infecção e de disfunção orgânica dos estudos anteriores (EPIC 1 e EPIC2) para o estudo atual (EPIC3).

### **4. Descrição do estudo**

#### **4.1 Delineamento do estudo**

Estudo multicêntrico internacional, observacional, de prevalência em um dia.

#### **4.2 População do estudo**

##### ***Critérios de inclusão***

Todos os pacientes adultos presentes ou admitidos às UTIs participantes no dia do estudo (13 de setembro de 2017).

##### ***Critérios de exclusão***

Idade < 16 anos.

## **5. Detalhamento do andamento do estudo**

### ***Inclusão do paciente***

A inclusão dos pacientes será limitada ao dia 13 de setembro de 2017 das 08:00h até às 7:59 do dia 14 de setembro, de acordo com o horário de cada país ou cidade.

### ***Intervenção terapêutica***

O estudo será puramente observacional, e não há intervenções planejadas.

### ***Coleta de dados***

A coleta de dados inclui:

- Na admissão: características demográficas, comorbidades, local a partir de onde o paciente foi admitido, e diagnósticos primário e secundários na admissão.
- Dados basais (no dia do estudo) inclusive parâmetros utilizados para cálculo dos escores APACHE II, SAPS II e SOFA, e infecções
- Desfecho na UTI e alta do hospital (ou 60 dias, o que ocorrer antes)

### **Período final de seguimento**

12 de novembro de 2017, para pacientes admitidos em 13 de setembro, e dia 13 de novembro para aqueles admitidos no dia 14.

### **Finalização da entrada de dados**

15 de dezembro de 2017.

## **6. Coleta de dados**

Os dados devem ser colhidos pelo intensivista que atender ao paciente ou por enfermeiro de pesquisa treinado nas fichas clínicas (CRFs) previamente impressas, e inseridos eletronicamente pelos investigadores. Os centros com acesso limitado à internet podem apresentar os formulários em papel preenchidos ao centro coordenador para inserção dos dados, se necessário. O acesso ao sistema de inserção de dados será protegido por nome de usuário e senha, que serão fornecidos aos investigadores individuais durante o processo de

registro. Todas as transferências de dados eletrônicos entre os centros participantes e o centro coordenador serão protegidas pelo uso de nome de usuário e senha.

Cada um dos centros manterá um arquivo do estudo que inclui o protocolo, a ficha de delegação de investigador local, a documentação de aprovação pelo comitê de ética local. Será utilizada uma listagem de participantes (pacientes) em cada centro participantes para registrar os códigos de identificação na base de dados para pacientes individuais para registro dos desfechos clínicos. Nenhum dado de identificação do paciente será fornecido ao centro coordenador, mantendo-se assim a confidencialidade dos dados locais.

A CRF incluirá as seguintes seções:

**Formulário 1 – Inclusão do centro:** Inclui dados sobre a organização local e cuidado dos pacientes em cada um dos centros.

**Formulário 2 - Inscrição:** Conterá informações demográficas do paciente e dados sobre a infecção no dia do estudo.

**Formulário 3 – Parâmetros do estudo**

**Formulário 4 - Seguimento:** Este formulário deve ser preenchido por ocasião da alta (ou após 60 dias [12 de novembro de 2017], o que ocorrer antes).

## 7. Análise estatística

A análise estatística será realizada com utilização do programa de computador SPSS para Windows, versão 24.0 (Chicago, EUA) e o programa R, versão 3.2.3 (projeto CRAN). As variáveis categóricas serão descritas como proporções. As variáveis contínuas serão descritas como média com desvio padrão ou mediana com variação interquartis. As diferenças entre grupos em termos de distribuição de variáveis serão avaliadas com uso de variância (ANOVA), teste de Kruskal Wallis, teste t de Student, teste de Mann-Whitney, teste do qui quadrado, ou teste exato de Fisher, segundo o que for apropriado. Serão realizados modelos de multivariáveis com utilização de análise em múltiplos níveis (modelo logístico binário e/ou modelo de regressão linear) para avaliar a associação independente entre fatores prognósticos e desfecho. A significância estatística será estabelecida no nível de 5%.

## **8. Gerenciamento e arquivo dos dados**

O controle dos dados envolverá os seguintes níveis

1. Todos os participantes receberão informações detalhadas, inclusive definições de termos médicos. O centro coordenador fornecerá resposta para qualquer questionamento por parte dos investigadores (informações para contato disponíveis).
2. A verificação de plausibilidade dos dados se dará inicialmente de forma eletrônica a medida em que for feita a inserção dos dados, com o estabelecimento de limites para a validação de para cada variável. Os investigadores serão questionados em caso de valores fora do plausível ou número excessivo de valores faltantes.

## **9. Propriedade dos dados**

Os dados individuais fornecidos por UTI participante serão propriedade da UTI que gerou os dados. Todos os investigadores terão direito a ter acesso aos seus dados a qualquer momento.

### **9.1 Uso subsequente dos dados**

O comitê diretivo, em nome dos investigadores, tem o direito de utilizar todos os dados agrupados no banco de dados para finalidades científicas. Os investigadores serão informados regularmente do andamento das atividades do estudo (vide também as regras sobre publicação). Todos os participantes têm o direito de ter acesso aos dados, agrupados no banco de dados, para fins de pesquisa após o projeto de pesquisa terminar, sob aprovação do comitê diretivo.

### **9.2 Arquivamento**

Uma cópia do banco de dados eletrônico será mantida no centro coordenador e preservada por 15 anos para uso subsequente pelo comitê diretivo e pelos investigadores. Recomenda-se que seja mantida uma cópia das CRFs em cada um dos centros, para futura referência.



## 10. Considerações éticas

Embora este seja um estudo puramente epidemiológico (com coleta de dados anônimos), o protocolo deve ser submetido ao comitê de ética local para aprovação. O centro coordenador do estudo, Universidade Federal de São Paulo, submeterá o projeto para aprovação do seu Comitê de Ética em Pesquisa-CEP, devidamente registrado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP do Conselho Nacional de Saúde.

As instituições interessadas na participação deverão entrar em contato com o centro coordenador por meio do email da investigadora principal, Flavia Machado ([frmachado@unifesp.br](mailto:frmachado@unifesp.br)). As instituições participantes devem observar as normas vigentes de Boas Práticas Clínicas (ICH E6) e demais resoluções federais que regem as boas normas de pesquisa clínica e são responsáveis pela submissão e seguimento do estudo frente as seus respectivos CEPs.

Trata-se de estudo observacional, sem envolvimento direto com os pacientes e nenhuma mudança na conduta assistencial dos mesmos. Apenas os dados de prontuário serão colhidos. O anonimato dos mesmos está plenamente garantido, pois nenhum registro ou identificação de iniciais será colocada no banco de dados. Nesse banco, os pacientes serão identificados apenas pelo seu número no estudo. Não há risco associado, nenhum desconforto ou intervenções no estudo. Além de sua natureza observacional, esse estudo tem como principal objetivo a avaliação da prevalência. Assim, para evitar viés na amostragem, é de fundamental importância que todos os pacientes elegíveis nas instituições participantes sejam incluídos. Nesse sentido, será solicitada a isenção do termo de consentimento dos pacientes. Entende-se que a necessidade de termo de consentimento comprometeria a validade científica do estudo. Familiares de pacientes mais graves tendem a estar sob stress psicológico e, de certa forma, podem ter maior tendência a não consentir com a participação. Além disso, a necessidade de coletar o TCLE inviabilizaria o mesmo em grande parte das instituições, o que impediria o acesso ao conhecimento pleno do perfil epidemiológico da infecção em UTI em nosso país. Assim, cada uma das instituições participantes será orientada a solicitar a seus CEP a isenção de obtenção de termo de consentimento dos participantes. Segundo o departamento responsável nos Estados Unidos pela proteção de indivíduos envolvidos em pesquisa (US Department of Health and Human Services' Office for Human Research Protections) iniciativas como essa usualmente se qualificam para esse status.

## 11. Regras sobre publicação

A determinação de autoria levará em conta os seguintes elementos: delineamento do estudo, organização do estudo, coleta dos dados, inscrição de pacientes, análise dos dados e contribuição à redação do manuscrito.

## 12. Patrocínio e orçamento

Não haverá patrocínio. Não há orçamento específico para o estudo. Nem os centros, nem os investigadores de cada centro, receberam nenhum tipo de remuneração por sua participação. Cada centro deverá utilizar seus próprios recursos no caso de desejar imprimir as fichas clínicas em papel, se julgar necessário. O acesso ao software de coleta de dados será oferecido sem custos.

## 13. Cronograma

<b>Ação</b>	<b>Data início</b>	<b>Data fim</b>
Submissão ao CEP	08/05/2017	31/05/2017
Recrutamento dos centros	31/07/2017	12/09/2017
Inclusão de pacientes	13/09/2017	14/09/2017
Finalização coleta de dados de desfecho	12/11/2017	13/11/2017
Verificação da consistência de dados	13/09/2017	15/12/2017
Análise de dados	16/12/2017	31/01/2018
Publicação inicial dos resultados	01/03/2018	31/03/2018

## 14 Referências

1. Angus DC, Linde-Zwirble WT, Lidicker J et al: Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. Crit Care Med 2001; 29:1303-1310



2. Martin GS, Mannino DM, Eaton S et al: The epidemiology of sepsis in the United States from 1979 through 2000. *N Engl J Med* 2003; 348:1546-1554
3. Alberti C, Brun-Buisson C, Burchardi H et al: Epidemiology of sepsis and infection in ICU patients from an international multicentre cohort study. *Intensive Care Med* 2002; 28:108-121
4. Padkin A, Goldfrad C, Brady AR et al: Epidemiology of severe sepsis occurring in the first 24 hrs in intensive care units in England, Wales, and Northern Ireland. *Crit Care Med* 2003; 31:2332-2338
5. Weycker D, Akhras KS, Edelsberg J et al: Long-term mortality and medical care charges in patients with severe sepsis. *Crit Care Med* 2003; 31:2316-2323
6. Brun-Buisson C, Meshaka P, Pinton P et al: EPISEPSIS: a reappraisal of the epidemiology and outcome of severe sepsis in French intensive care units. *Intensive Care Med* 2004; 30:580-588
7. Finfer S, Bellomo R, Lipman J et al: Adult-population incidence of severe sepsis in Australian and New Zealand intensive care units. *Intensive Care Med* 2004; 30:589-596
8. Vincent JL, Bihari D, Suter PM et al: The prevalence of nosocomial infection in intensive care units in Europe - The results of the EPIC study. *J A M A* 1995; 274:639-644
9. Vincent JL, Rello J, Marshall JC, et al: International study of the prevalence and outcomes of infection in intensive care units. *JAMA* 302:2323-2329, 2009

## FORMULÁRIO 1 – INCLUSÃO DO CENTRO

Centro

--	--	--

<b>Tipo de hospital:</b> <input type="checkbox"/> Universitário/acadêmico <input type="checkbox"/> Não universitário	
<b>Capacidade do hospital:</b> ___ ___ leitos	
<b>Tipo de UTI:</b> <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> Aberta (médicos estranhos à UTI podem prescrever)	
<b>Especialidade da UTI:</b>	
Cirúrgica: <input type="checkbox"/> Cardíaca <input type="checkbox"/> Não cardíaca <input type="checkbox"/> Transplante <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Queimados <input type="checkbox"/> Mista	
Clínica: <input type="checkbox"/> Coronária <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Mista	
Mista: <input type="checkbox"/> Clínica/cirúrgica	
Outra: <input type="checkbox"/> Favor especificar.....	
<b>Sua UTI fornece rotineiramente:</b>	
Oxigênio contínuo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Ecocardiograma realizado pela equipe da UTI	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Monitoramento invasivo (qualquer)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Ventilação mecânica invasiva	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Ventilação mecânica não invasiva	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Terapia de substituição renal intermitente	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Terapia de substituição renal contínua	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
ECMO (VV ou VA)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Número de admissões à UTI em 2016 (aproximado):</b> ---	
<b>Número total de leitos de UTI com equipe</b> (no dia do estudo): ___ ___ leitos de UTI ___ ___ leitos de cuidados intermediários	
<b>Acesso ao consulta de especialistas:</b>	
Moléstias infecciosas/microbiologista clínico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Há pelo menos um farmacêutico designado para a equipe da UTI (pelo menos em tempo parcial)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>A sua unidade toma parte de uma rede nacional/internacional de vigilância bacteriológica?</b>	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>Políticas quanto a antibacterianos:</b>	
Você monitora rotineiramente os níveis de antibióticos?	
- para aminoglicosídeos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
- para vancomicina	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
- para beta-lactâmicos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
- para antifúngicos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

## Formulário 2 - Inscrição

Centro

--	--	--

Paciente

--	--	--

<b>Data da admissão ao hospital</b> __/__/2017
<b>Data da admissão à UTI</b> __/__/2017 dd mm aaaa
<b>Idade</b> __ anos
<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
<b>Peso (estimado ou medido)</b> __ kg
<b>Tipo de admissão</b> <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Emergência Local da cirurgia ___/___/___ <input type="checkbox"/> Trauma
<b>Origem do paciente</b> <input type="checkbox"/> Outro hospital <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> Centro cirúrgico ou sala de recuperação <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Outra, favor especificar .....
<b>Diagnóstico primário na admissão à UTI (razão para admissão à UTI) - vide a lista</b> __
<b>Diagnósticos secundários na admissão à UTI</b> vide a lista ___/___/___
<b>Comorbidades</b> <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Câncer metastático <input type="checkbox"/> Câncer hematológico <input type="checkbox"/> Cirrose hepática <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 1 <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 2 <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca (NYHA III-IV) <input type="checkbox"/> Infecção por HIV <input type="checkbox"/> Insuficiência renal crônica <input type="checkbox"/> Terapia imunossupressora (inclusive corticosteroides) <input type="checkbox"/> Quimioterapia/radioterapia

Centro

--	--	--	--

Paciente

--

<b>Frequência cardíaca</b>	<b>(min)</b>	_ _ _	<b>(max)</b>	_ _ _ bpm
<b>Temperatura corpórea</b>	<b>(min)</b>	_ . _ _	<b>(max)</b>	_ . _ _ ° C
<b>Pressão arterial sistólica</b>	<b>(min)</b>	_ _ _	<b>(max)</b>	_ _ _ □ mmHg □ KPa
<b>Pressão arterial média</b>	<b>(min)</b>	_ _ _	<b>(max)</b>	_ _ _ □ mmHg □ KPa
<b>Lactato sanguíneo</b>	<b>(max)</b>	_ . _		mmol/l
<b>Norepinefrina</b> □ Yes □ Não if yes, dose (max) _ . _ _ µg/kg/min <b>Dopamina</b> □ Sim □ Não se sim, dose (max) _ . _ _ µg/kg/min <b>Epinefrina</b> □ Sim □ Não se sim, dose (max) _ . _ _ µg/kg/min <b>Dobutamina</b> □ Sim □ Não se sim, dose (max) _ . _ _ µg/kg/min <b>Vasopressina</b> □ Sim □ Não se sim, dose (max) _ . _ _ µg/kg/min <b>Outros vasopressores</b> ....., dose .....				
<b>CPAP/ventilação não invasiva</b> □ Sim □ Não <b>Ventilação mecânica invasiva</b> □ Sim □ Não <b>Traqueostomia</b> □ Sim □ Não <b>Cateter venoso central</b> □ Sim □ Não <b>Cateter em artéria pulmonar</b> □ Sim □ Não				
<b>Freq. respiratória</b>	<b>(min)</b>	_ _	<b>(max)</b>	_ _ bpm
<b>PaO<sub>2</sub></b>	<b>(min)</b>	_ _	<b>(max)</b>	_ _ □ mmHg □ KPa
<b>FiO<sub>2</sub> concorrente</b>		_ _ (%)		
<b>PaCO<sub>2</sub></b>	<b>(min)</b>	_ _	<b>(max)</b>	_ _ □ mmHg □ KPa
<b>pH arterial</b>	<b>(min)</b>	_ _ _	<b>(max)</b>	_ _ _
<b>HCO<sub>3</sub> sérico</b> (se sem ABGs)	<b>(min)</b>	_ . _ _	<b>(max)</b>	_ . _ □ mmol/l
<b>Ureia sérica</b>	<b>(max)</b>	_ . _ _		□ mg/dl □ mmol/l
<b>Creatinina sérica</b>	<b>(min)</b>	_ . _ _	<b>(max)</b>	_ . _ □ mg/dl □ µmol/l
<b>Potássio sérico</b>	<b>(min)</b>	_ . _	<b>(max)</b>	_ . _ mmol/l
<b>Sódio sérico</b>	<b>(min)</b>	_ _ _	<b>(max)</b>	_ _ _ mmol/l
<b>Débito urinário</b>		_ _ _		mL/24hours
<b>Hemodiálise</b>		□ Sim □ Não		
<b>Hemofiltração</b>		□ Sim □ Não		
<b>Leucócitos</b>	<b>(min)</b>	_ _ _	<b>(max)</b>	_ _ _ 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
<b>Plaquetas</b>	<b>(min)</b>	_ _ _		10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
<b>Hemoglobina</b>	<b>(min)</b>	_ . _ _	<b>(max)</b>	_ . _ □ g/dL □ mmol/l
<b>Hematócrito</b>	<b>(min)</b>	_ . _	<b>(max)</b>	_ . _ (%)
<b>Bilirrubina total</b>	<b>(max)</b>	_ . _ _		□ mg/dl □ µmol/L
<b>Escore Glasgow de coma (pior)</b>		_ _		

<b>O paciente está recebendo antibióticos profiláticos:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Se sim, código: ---/---/---				
<b>Infecção(ões) presente(s) em 13 de setembro de 2017</b>				
<b>Infecção</b>	<b>Infecção #1</b>	<b>Infecção #2</b>	<b>Infecção #3</b>	<b>Infecção #4</b>
<b>Local</b>				
<b>Aquisição</b>	<input type="checkbox"/> comunitária <input type="checkbox"/> hospitalar <input type="checkbox"/> associada ao tratamento	<input type="checkbox"/> comunitária <input type="checkbox"/> hospitalar <input type="checkbox"/> associada ao tratamento	<input type="checkbox"/> comunitária <input type="checkbox"/> hospitalar <input type="checkbox"/> associada ao tratamento	<input type="checkbox"/> comunitária <input type="checkbox"/> hospitalar <input type="checkbox"/> associada ao tratamento
<b>Infecção clínica</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Micro-organismo(s)*</b>	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
<b>Tratamento(s) antibiótico(s)*</b>	---/---/---	---/---/---	---/---/---	---/---/---

Diversos micro-organismos e antibióticos podem ser registrados por infecção

\* ver códigos



## Formulário 4 - Seguimento

Centro

--	--	--

Paciente

--	--	--

Se ocorreu uma decisão documentada de suspender/retirar medidas de suporte à vida no dia do estudo

Suspender  Sim  Não

Retirar  Sim  Não

Assinale se o paciente ainda estiver vivo na UTI em 12 de novembro de 2017

### Desfecho da UTI

Data de alta da UTI \_\_ / \_\_ / \_\_

Dia/ mês

### Alta para:

- Unidade intermediária  Outra UTI  Enfermaria  
 Outro hospital/Hospital de segunda linha  Outro .....  
 Óbito

Assinale se o paciente ainda estiver no hospital em 12 de novembro de 2017

### Desfecho do hospital

Data da alta hospitalar / \_\_ / \_\_

Dia /mês

- Vivo  Óbito