



Base de Dados do Recém-Nascido de Muito Baixo Peso

**Cr terios de Inclus o e Instru es de Preenchimento
2010**

Índice

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA BASE DE DADOS.....	3
INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DA BASE DE DADOS.....	4
Identificação	4
Pré-admissão	5
Sala de Partos.....	8
Internamento.....	10
Destino.....	19

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA BASE DE DADOS

Qualquer recém-nascido (RN) vivo, nascido ou transferido para o hospital responsável pelo registo nas 1as 24 horas de vida, deve ser registado na base de dados desde que:

- Peso ao nascimento <1501 g, independentemente da idade gestacional (IG).

ou:

- IG menor que 32 semanas (31 + 6 inclusive), independentemente do peso.

ou:

- Gémeos de gémeos que cumpram os critérios acima

A **responsabilidade do registo** é das unidades de cuidados intensivos/intermédios (UCIN) que tratam o RN. Se um RN nasceu em determinado hospital e foi transferido nas primeiras 24 horas de vida para outro hospital, a responsabilidade do registo é do hospital que recebe o RN e que o trata após as 24 horas de vida.

Quando um RN é transferido para outro hospital, após vários dias de tratamento numa unidade (ex: para crescimento, para opções terapêuticas específicas, para cirurgia, etc) antes de completar as 36 semanas de idade corrigida ou a observação por oftalmologia, o hospital que transfere e o hospital que recebe o RN têm que se articular de modo a não deixar por preencher estes dois itens.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DA BASE DE DADOS

Identificação

Nº Processo: Número do processo de internamento do RN.

Código: Campo de preenchimento automático, com código gerado pelo programa. Não é preciso registar nada.

A cada hospital é atribuído um código de identificação (CCC/RR/HH/YY/N):

CCC – Código do País - 351

RR – Código Regional

HH – Código do Hospital

YY – Últimos 2 dígitos do ano

NNN - Nº consecutivos de doentes admitidos

Data de nascimento: Data de nascimento do RN.

Hora de nascimento: Hora de nascimento do RN.

Nome da mãe: Nome completo da mãe do RN.

Idade da mãe: Idade em anos da mãe do RN .

Telefone da mãe: Telefone de contacto da mãe.

Código postal da mãe: Código postal da área de residência da mãe .

Nome da criança: Nome do RN.

Resumo do processo: Campo de preenchimento automático. Não é preciso registar nada.

Pré-admissão

Idade gestacional (IG):

- A melhor estimativa da IG, obtida no dia do nascimento, registada em semanas completas e dias.
- O nº de dias NÃO DEVE SER DEIXADO EM BRANCO (ex: se o RN nasceu com x semanas completas, colocar 0 no campo dos dias).

Peso ao nascer:

- Registrar o primeiro peso obtido, em gramas. Se o RN faleceu na sala de partos e o único peso é o da autópsia, colocar o peso obtido na autópsia.

Comprimento:

- Registrar o comprimento ao nascer, em centímetros, arredondado à décima.

Perímetro cefálico:

- Registrar o perímetro cefálico ao nascer, em centímetros, arredondado à décima.

Morte na sala de partos:

- Registrar "SIM", se o RN faleceu na sala de partos, antes da admissão na UCIN. Neste caso, completar a ficha com o preenchimento dos itens referentes aos procedimentos na sala de partos.
- Registrar "NÃO", se o RN não faleceu na sala de partos. Neste caso, prosseguir com o preenchimento da folha de registo.

Local de nascimento:

- Registrar "INBORN", se o RN nasceu no hospital responsável pelo registo.
- Registrar "OUTBORN", se o RN nasceu fora do hospital de registo sendo para ele transferido.

Transferido de:

- Se o RN nasceu fora do hospital responsável pelo registo, escolher da listagem anexa o local de onde o RN veio transferido.

Transporte:

Transporte In-útero:

- Registrar "SIM", se a mãe foi transferida de outra instituição hospitalar no período pré-parto, com o intuito do RN nascer no hospital responsável pelo registo.
- Registrar "NÃO", se a mãe recorreu por moto próprio ao hospital responsável pelo registo, para o nascimento do RN.

Transporte Ex-útero:

- Registrar "SIM", se o RN nasceu noutra local e foi transportado para o hospital responsável pelo registo nas primeiras 24 horas após o nascimento.
- Registrar "NÃO", se o RN nasceu no hospital responsável pelo registo, não tendo sido sujeito a transporte nas primeiras 24 horas após o nascimento.

Data de admissão / hora de admissão na UCIN/UCERN:

- Data (dd/mm/aaaa) e hora (hh:mm) de admissão do RN na UCIN / UCERN. Os dias começam às 00:00h e terminam 23:59h.

Cuidados pré-natais:

- Registrar "NÃO", se a mãe não recebeu cuidados obstétricos pré-natais antes da admissão para o parto.
- Registrar "SIM", se a mãe recebeu cuidados obstétricos pré-natais.
- Registrar "DESCONHECIDO", se não há dados disponíveis que permitam responder a esta questão.

Concepção assistida:

- Registrar "NÃO", se a concepção não foi medicamente assistida.
- Registrar "SIM", se a concepção foi medicamente assistida.

Corticóides pré-natais:

- Registrar "NÃO", se não houve qualquer administração de corticóides antes do nascimento.

- Registrar "PARCIAL", se o nascimento ocorreu menos de 24 horas após a 1ª dose de corticóide, ou mais de uma semana após a última dose de corticóide.
- Registrar "COMPLETO", se o nascimento ocorreu mais de 24 horas e menos de uma semana, após pelo menos uma dose de corticóide.

Nº de ciclos:

- Registrar o nº de ciclos de corticóide realizados.

Betametasona:

- Registrar "NÃO", se não foi administrada betametasona.
- Registrar "SIM", se foi administrada betametasona.

Dexametasona:

- Registrar "NÃO", se não foi administrada dexametasona.
- Registrar "SIM", se foi administrada dexametasona.

Patologias na Gravidez:

- Registrar "NÃO", se a gravidez decorreu sem patologia materna.
- Registrar "SIM", se foi detectada alguma patologia materna durante a gestação.

Descrição das patologias:

- Se foi detectada alguma patologia materna durante a gestação, descreve-la na caixa anexa
- Motivo do parto:
- Registrar "ESPONTÂNEO", se a mãe entrou espontaneamente em trabalho de parto.
- Registrar "IVG", se o parto ocorreu após tentativa frustrada de interrupção voluntária da gravidez.
- Registrar "PATOLOGIA MATERNA", se o parto ocorreu após interrupção da gestação por patologia materna.
- Registrar "PATOLOGIA FETAL", se o parto ocorreu após interrupção da gestação por patologia fetal.

Sala de Partos

Tipo de Parto

- Registrar "VAGINAL", para qualquer tipo de parto por via vaginal (espontâneo ou induzido).
- Registrar "CESARIANA", para qualquer tipo de cesariana (electiva ou de emergência).

Sexo:

- Assinalar o sexo do RN: masculino, feminino ou indeterminado.

Gemelar:

- Registrar "NÃO", se o RN resulta de gestação simples.
- Registrar "SIM", se o RN resulta de qualquer tipo de gestação múltipla

Total fetos:

- Na gestação múltipla, registrar o nº total de fetos da gestação.

Nº de Ordem:

- Na gestação múltipla, registrar o nº de ordem de nascimento do RN em questão (1, 2, ...).

Monocoriónico:

- Registrar "NÃO", se a gestação gemelar é bi, tri, ... coriônica.
- Registrar "SIM", se a gestação é monocoriônica.
- Registrar "DÚVIDA", se não há dados disponíveis que permitam responder a esta questão.

Apgar:

- Registrar o índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minutos.

Ressuscitação na sala de partos (corresponde à reanimação inicial, tenha sido ela realizada na sala de partos ou em qualquer outro local onde o RN tenha nascido - ex: bloco operatório, outro local hospitalar casa, ambulância, etc.):

Oxigénio:

- Registrar “NÃO”, se o RN não recebeu qualquer suplemento de oxigénio na sala de partos.
- Registrar “SIM”, se o RN recebeu qualquer suplemento de oxigénio na sala de partos.
- Registrar “DESCONHECIDO”, se não há dados disponíveis que permitam responder a esta questão.

Insuflador / Máscara:

- Registrar “NÃO”, se o RN não recebeu qualquer tipo de pressão positiva por máscara, *prongs* nasais ou via laríngea e insuflador manual, neopuff® ou similar na sala de partos
“NÃO” igualmente, se máscara ou *prongs* nasais e insuflador manual, neopuff® ou similar foram usados para administrar apenas CPAP (pressão positiva contínua) não tendo sido administrada qualquer tipo de pressão positiva intermitente na sala de partos.
- Registrar “SIM”, se o RN recebeu qualquer tipo de pressão positiva por máscara ou *prongs* nasais e insuflador manual, neopuff® ou similar na sala de partos.
- Registrar “DESCONHECIDO”, se não há dados disponíveis que permitam responder a esta questão.

Entubação ET:

- Registrar “NÃO”, se o RN não foi entubado, ou se o tubo endotraqueal (TET) foi colocado apenas para aspiração não tendo sido submetido a ventilação assistida por TET na sala de partos.
- Registrar “SIM”, se o RN recebeu ventilação através de TET na sala de parto.
- Registrar “DESCONHECIDO”, se não há dados disponíveis que permitam responder a esta questão.

Compressão cardíaca:

- Registrar “NÃO”, se não foi efectuada massagem cardíaca externa na sala de partos.
- Registrar “SIM”, se foi efectuada massagem cardíaca externa na sala de partos.
- Registrar “DESCONHECIDO”, se não há dados disponíveis que permitam responder a esta questão.

Adrenalina:

- Registrar “SIM”, se foi ministrada adrenalina por qualquer via, na sala de partos.
- Registrar “NÃO”, se não foi ministrada adrenalina, na sala de partos
- Registrar “DESCONHECIDO”, se não há dados disponíveis que permitam responder a esta questão.

Internamento

Suporte respiratório após a sala de partos:

Assinalar "SIM" ou "NÃO", consoante o RN tenha recebido ou não alguma das seguintes terapias respiratórias após a reanimação inicial na sala de partos:

- **Oxigénio:** suplemento de oxigénio, qual quer que tenha sido o modo de administração.
- **CPAP:** CPAP nasal.
- **VPPNI:** qualquer tipo de ventilação por pressão positiva não invasiva, sem entubação endotraqueal.
- **IPPV:** qualquer tipo de ventilação por pressão positiva via tubo endotraqueal.
- **VAF:** ventilação de alta frequência, via tubo endotraqueal.

Dias de ventilação:

- Assinalar o nº de dias em que o RN tenha recebido qualquer tipo de ventilação via TET. Assinalar como 1 desde que o RN tenha estado mais do que 1 hora ventilado via TET. Assinalar 0 se o RN não esteve ventilado via TET.

Surfactante:

Na sala de partos:

- Registrar "NÃO", se o RN não recebeu surfactante exógeno na reanimação inicial (na sala de partos ou equivalente).
- Registrar "SIM", se o RN recebeu surfactante exógeno durante a reanimação inicial (na sala de partos ou equivalente).
- Registrar "DESCONHECIDO", se não há dados disponíveis que permitam responder a esta questão.

Depois da sala de partos:

- Registrar "NÃO", se o RN não recebeu surfactante exógeno para além de alguma dose dada na reanimação inicial (na sala de partos ou equivalente).
- Registrar "SIM", se o RN recebeu uma ou mais doses de surfactante durante o internamento, para além de alguma dose administrada na reanimação inicial (na sala de partos ou equivalente).

- Registrar "DESCONHECIDO", se não há dados disponíveis que permitam responder a esta questão.

Se, em algum dos 2 itens referentes ao surfactante, a resposta foi "SIM":

- Registrar o **Nº de doses** de surfactante administradas.
- Registrar a **Data da 1ª administração** (data da 1ª dose).
- Registrar a **Hora da 1ª administração** (hora da 1ª dose).

CRIB:

- Abrir a janela e preencher os parâmetros assinalados. Não deixar nenhum parâmetro por assinalar. O CRIB é calculado automaticamente. Se não houver dados para preencher a totalidade dos campos, deixar em branco.

SNAPPE II

- Abrir a janela e preencher os parâmetros assinalados. Não deixar nenhum parâmetro por assinalar. O SNAPPE II é calculado automaticamente. Se não houver dados para preencher a totalidade dos campos, deixar em branco.

O2 no dia 28:

- Registrar "NÃO", se o RN ainda estava hospitalizado, sem suplemento de O2 em dia 28 de vida.
- Registrar "SIM", se o RN ainda estava hospitalizado e a receber qualquer suplemento de O2 em dia 28 de vida.
- Registrar "NÃO APLICÁVEL", se o RN teve alta ou faleceu antes do Dia 28 de vida. Isto não é resposta do nosso programa. Devíamos substituir o desconhecido por não aplicável

O2 36 semanas:

- Registrar "NÃO", se o RN ainda estava hospitalizado, sem suplemento de O2 às 36 semanas de idade corrigida
- Registrar "SIM", se o RN ainda estava hospitalizado e a receber qualquer suplemento de O2 às 36 semanas de idade corrigida.
- Registrar "NÃO APLICÁVEL", se o RN teve alta ou faleceu antes de atingir as 36 semanas de idade corrigida, ou se o RN nasceu com idade gestacional próxima ou superior às 36 semanas.

Corticóides para DPC:

- Registrar "NÃO", se não foram administrados corticóides após o nascimento para tratar ou prevenir doença pulmonar crónica / displasia broncopulmonar.
- Registrar "SIM", se foram administrados corticóides após o nascimento para tratar ou prevenir doença pulmonar crónica / displasia broncopulmonar.

Diagnósticos:

SDR:

Definição de Síndrome de dificuldade respiratória (SDR):

- PaO₂ <50 mmHg em ar ambiente, cianose central em ar ambiente ou necessidade de O₂ suplementar para manter a PaO₂ >50 mmHg.
- Radiografia do tórax compatível com SDR (volume pulmonar reduzido e padrão pulmonar reticulogranular, com ou sem broncograma aéreo).
- Registrar "SIM", se o RN teve SDR definido como presença dos critérios A+B:
- Registrar "NÃO", se o RN não cumpriu ambos os critérios "A" e "B".

Pneumotórax:

- Registrar "NÃO", se o RN não teve ar extrapleural diagnosticado por radiografia ou drenagem pleural.
- Registrar "SIM", se o RN teve ar extrapleural diagnosticado por radiografia ou drenagem pleural.

Para RN que tenham sido submetidos a cirurgia torácica e nos quais foi colocado um dreno torácico na altura da cirurgia, OU se foi detectado ar livre em radiografia torácica realizada imediatamente após a cirurgia sem necessidade de colocação de dreno torácico, assinalar "NÃO".

Para RN que tenham sido submetidos a cirurgia torácica e mais tarde desenvolveram ar extrapleural diagnosticado por radiografia do tórax ou drenagem pleural, assinalar "SIM".

PDA:

Definição de Persistência de ductos arteriosus (PDA) hemodinamicamente significativo (ecocardiografia): diâmetro transductal mínimo >1,5 mm; fluxo esquerdo – direito exclusivo contínuo; padrão de fluxo não restritivo através do canal arterial (velocidade sistólica máxima na

extremidade pulmonar do canal arterial <2 m/s), sinais de hiperfluxo pulmonar e sobrecarga cardíaca esquerda (\emptyset AE : Ao >1,5); sinais de hipoperfusão sistémica (in "Consenso nacional de abordagem diagnóstica e terapêutica da persistência do canal arterial no RN pretermo" - Maio 2010).

- Registrar "NÃO", se o RN não teve PDA hemodinamicamente significativo.
- Registrar "SIM", se o RN teve PDA hemodinamicamente significativo.
- Registrar "DESCONHECIDO", se não há dados disponíveis que permitam responder a esta questão.

NEC:

Definição de Enterocolite Necrotizante (NEC):

A. Presença de um ou mais dos seguintes critérios clínicos: vômito ou aspirado gástrico biliar visível; distensão abdominal; fezes com sangue oculto ou visível; **E**

- Presença de um ou mais sinais radiológicos: pneumatosis intestinalis; ar hepatobiliar; pneumoperitoneu.
- Registrar "NÃO", se o RN não cumpriu a definição de NEC.
- Registrar "SIM", se o RN cumpriu a definição clínica e radiológica de NEC ou se teve diagnóstico de NEC no acto cirúrgico ou no exame pos-mortem.

Se o RN apresentou clínica e radiologia compatível com o diagnóstico de NEC, mas na cirurgia ou no exame pós-mortem se diagnosticou perfuração gastrointestinal focal, é este último diagnóstico que deve ser assinalado e não o de NEC.

Perfuração gastrointestinal (GI) focal:

- Registrar "NÃO", se o RN não teve uma perfuração GI focal isolada independente de NEC, diagnosticada na cirurgia ou no exame pós-mortem.
- Registrar "SIM", se o RN teve uma perfuração GI focal isolada independente de NEC, diagnosticada na cirurgia ou no exame pós-mortem.

Indometacina / Ibuprofeno (Profilático):

- Registrar "NÃO", se não foi administrada indometacina ou ibuprofeno após o nascimento para profilaxia de PDA.

- Registrar "SIM", se foi administrada indometacina ou ibuprofeno após o nascimento sem evidência de PDA.

Indometacina / Ibuprofeno (Terapêutico):

- Registrar "NÃO", se não foi administrada indometacina ou ibuprofeno após o nascimento para tratamento de PDA.
- Registrar "SIM", se foi administrada indometacina ou ibuprofeno após o nascimento para tratamento de PDA.

Cirurgia:

Laqueação PDA:

- Registrar "NÃO", se não foi realizada laqueação cirúrgica do canal arterial.
- Registrar "SIM", se foi realizada laqueação cirúrgica do canal arterial, na UCIN ou no bloco operatório.

Cirurgia NEC:

Realização de qualquer uma das seguintes intervenções para tratamento de enterocolite necrotizante (NEC), suspeita de NEC ou perfuração intestinal: laparotomia, ressecção intestinal ou colocação de dreno intraperitoneal.

- Registrar "NÃO", se não foi realizada qualquer uma das intervenções mencionadas.
- Registrar "SIM", se foi realizada uma ou mais das intervenções mencionadas.

Outra cirurgia major:

Realização de cirurgia major no bloco operatório ou na UCIN, para além de laqueação cirúrgica do canal arterial, cirurgia de NEC e cirurgia para tratamento de retinopatia da prematuridade (ROP). Os seguintes procedimentos não são considerados cirurgia major: piloromiotomia, herniorrafia uni ou bilateral, circuncisão e colocação de cateter central. Se forem realizadas laparotomias ou ressecções intestinais múltiplas para NEC no período de uma semana, todos serão considerados "Cirurgia NEC" e apenas o item "Cirurgia NEC" deve ser assinalado.

- Registrar "NÃO", se não foi realizada qualquer outra intervenção cirúrgica major, para além das mencionadas.

- Registrar "SIM", se foi realizada qualquer outra intervenção cirúrgica major, para além das mencionadas. Neste caso, escolher da listagem anexa a cirurgia major realizada. Se escolheu "Outra cirurgia major" descreva-a no campo de "Observações gerais" no final do programa.

Imagiologia cerebral até ao dia 28:

- Registrar "NÃO", se o RN não fez nenhum exame de imagem cerebral (Eco TF, RM ou TAC) até completar 28 dias de vida.
- Registrar "SIM", se o RN fez pelo menos um exame de imagem cerebral (Eco TF, RM ou TAC) até

Nº Eco TF = 40 sem:

- Nº de ecografias TF que o RN realizou até às 40 semanas de IPC. Se não fez nenhuma, assinalar 0.
- "Sem informação", se não houver esta informação disponível.

Idade Eco TF/ RM + próxima das 40 sem.:

- Idade, em semanas completas, da Eco TF ou RMC que o RN tenha realizado mais próximo das 40 semanas. Se não fez nenhum dos exames mencionados ou se a idade da sua realização for desconhecida, assinalar "99".

Pior grau de HPIV (pior grau 0-3):

Se foi feito algum exame de imagem cerebral, registar o grau mais grave de hemorragia peri ou intraventricular (HIV) detectada, com base nos seguintes critérios:

- 0: sem evidência de HIV.
- 1: hemorragia da matriz germinal com ausência de hemorragia intraventricular (HIV) ou HIV < 10% da área ventricular.
- 2: HIV com 10-50% da área ventricular.
- 3: HIV >50% da área ventricular; habitualmente distende o ventrículo lateral.
- "Sem informação", se não houver esta informação disponível.

EVHP:

Registrar "NÃO", se o RN não teve enfarte venoso hemorrágico periventricular (EVHP) associado à HIV.

- Registrar "SIM", se o RN teve EVHP associado à HIV.
- Registrar "SEM INFORMAÇÃO", se não houver esta informação disponível.

EVHP: topografia:

- Escolher da listagem o(s) território(s) cerebral(ais) atingido(s) pelo EVHP
- Escolher "Sem informação", se não houver esta informação disponível.

EVHP: extensão:

- "Unilateral sem desvio", se o EVHP foi unilateral e não provocou desvio da linha média.
- "Unilateral com desvio", se o EVHP foi unilateral e provocou desvio da linha média.
- "Bilateral sem desvio", se o EVHP foi bilateral e não provocou desvio da linha média.
- "Bilateral com desvio", se o EVHP foi bilateral e provocou desvio da linha média.
- "Sem informação", se não houver esta informação disponível.

Dilatação ventricular pós-hemorrágica:

- Registrar "NÃO", se o RN não teve dilatação ventricular pós-hemorrágica.
- Registrar "SIM", se o RN teve dilatação ventricular pós-hemorrágica.
- Registrar "SEM INFORMAÇÃO", se não houver esta informação disponível.

LPV (pior grau):

Se foi feito algum exame de imagem cerebral, registrar o grau mais grave de leucomalácia periventricular (LPV) detectada, com base nos seguintes critérios:

- 0: sem evidência de LPV.
- 1: hipercogenicidade periventricular transitória persistindo =7 dias.
- 2: hipercogenicidade periventricular transitória que evoluiu para pequenos quistos fronto-parietais localizados.
- 3: hipercogenicidade periventricular que evoluiu para lesões quísticas periventriculares extensas.
- 4: hipercogenicidade que atingiu a substância branca profunda, e que evoluiu para lesões quísticas extensas.
- "Sem informação", se não houver esta informação disponível.

LPV: data de diagnóstico:

- Data de diagnóstico da LPV.

LPV: idade de diagnóstico:

- Campo calculado e preenchido automaticamente, com a idade de diagnóstico, em dias, da LPV.

Outras alterações diagnosticadas / Observações:

- Campo de escrita livre para outras alterações detectadas ou observações pertinentes, referentes aos exames de imagem cerebral do RN.

Sépsise/ou meningite precoce (≤D3):

Definição: se o RN teve, nas primeiras 72 horas de vida, clínica compatível com sépsis e/ou meningite, tratamento ou intenção de tratamento antibiótico pelo menos durante 5 dias e agente bacteriano responsável isolado em hemocultura ou cultura de líquido. Se não foi isolado agente nas culturas mencionadas, mas o RN teve clínica e parâmetros analíticos compatíveis com sépsis e/ou meningite e tratamento ou intenção de tratamento antibiótico pelo menos durante 5 dias, considerar sépsis e/ou meningite sem agente identificado.

- Registrar "NÃO", se o RN não teve diagnóstico compatível com sépsis e/ou meningite precoce.
- Registrar "SIM", se o RN teve diagnóstico compatível com sépsis e/ou meningite precoce.

Agente (cod.):

- Escolher da listagem o agente responsável pela sépsis e/ou meningite precoce. Se o RN teve este diagnóstico mas não foi isolado agente nas culturas mencionadas, escolher "Sem agente identificado".

Sépsise/ou meningite tardia (>D3):

Definição: se o RN teve, após as 72 horas de vida, clínica compatível com sépsis e/ou meningite, tratamento ou intenção de tratamento antibiótico pelo menos durante 5 dias e agente bacteriano responsável isolado em hemocultura ou cultura de líquido. Se não foi isolado agente nas culturas mencionadas, mas o RN teve clínica e parâmetros analíticos compatíveis com sépsis e/ou meningite e

tratamento ou intenção de tratamento antibiótico pelo menos durante 5 dias, considerar sépsis e/ou meningite sem agente identificado.

- Registrar "NÃO", se o RN não teve diagnóstico compatível com sépsis e/ou meningite tardia.
- Registrar "SIM", se o RN teve diagnóstico compatível com sépsis e/ou meningite tardia.

Nº Episódio / Agente:

- Para cada episódio de sépsis e/ou meningite tardia, escolher da listagem o nº sequencial do episódio infeccioso e o respectivo agente responsável. Se o RN teve este diagnóstico mas não foi isolado agente nas culturas mencionadas, escolher "Sem agente identificado".

Exame oftalmológico:

- Registrar "NÃO", se o RN não foi submetido a exame oftalmológico com observação da retina.
- Registrar "SIM", se o RN foi submetido a exame oftalmológico com observação da retina.

ROP – Pior grau (0-5):

Se a resposta ao Exame Oftalmológico foi "SIM", especificar o pior grau de retinopatia da prematuridade (ROP), de acordo com a seguinte classificação:

- 0: Sem evidência de lesões compatíveis com ROP.
- 1: linha de demarcação que separa a retina posterior vascularizada da anterior avascular.
- 2: prega ou linha de demarcação espessa.
- 3: prega com proliferação ?brovascular extra-retiniana.
- 4: descolamento parcial da retina.
- 5: descolamento total da retina.

Doença " Plus":

- Registrar "SIM", se foi diagnosticada ROP grau 2 ou 3, associadas a sinais de incompetência vascular (dilatação progressiva e tortuosidade vascular).
- Registrar "NÃO", em todos os outros casos.

Cirurgia ROP:

- Registrar "NÃO", se o RN não foi submetido a crio-cirurgia ou a tratamento laser para ROP.
- Registrar "SIM", se o RN foi submetido a crio-cirurgia ou a tratamento laser para ROP.

Malformação congênita major:

- Registrar "NÃO", se não foi diagnosticada ao RN qualquer malformação congênita major.
- Registrar "SIM", se foi diagnosticada ao RN uma ou mais malformações congênitas major. Se sim, registrar a(s) malformação(ões) detectada(s) na caixa anexa, escolhendo-as da listagem fornecida. Se escolheu "Outra Malformação Congênita Letal ou Ameaçadora de Vida" descreva-a no campo de "Observações gerais" no final do programa.

Destino

Óbito:

- Registrar "NÃO", se o RN não faleceu durante o internamento neonatal".
- Registrar "SIM", se o RN faleceu durante o internamento neonatal".

Data:

- Data de óbito

Hora:

- Hora de óbito.

Causa da morte:

- Escolher a causa de morte principal da listagem anexa.
- Se for escolhida a opção "Outra causa de morte", descreva-a no campo de "Observações gerais" no final do programa.

Autópsia:

- Registrar “NÃO”, se não foi realizado exame necrópsico.
- Registrar “SIM”, se foi realizado exame necrópsico.

Abstenção de cuidados terapêuticos:

- Registrar “NÃO”, se não foi tomada qualquer decisão de suspensão de cuidados em curso ou de iniciar novas terapêuticas curativas.
- Registrar “SIM”, se foi tomada decisão de suspensão de cuidados em curso ou de não iniciar novas terapêuticas curativas, em RN cuja hipótese de sobrevivência tenha sido considerada mínima.

Transferido:

- Registrar “NÃO”, se o RN não foi transferido para outro(s) hospital (ais) antes de completar 1 ano de idade e antes de alguma vez ter tido alta para o domicílio.
- Registrar “SIM”, se o RN foi transferido para outro(s) hospital(ais) antes de completar 1 ano de idade e antes de alguma vez ter tido alta para o domicílio.
- Caso o RN tenha tido uma ou mais transferências, registrar na caixa anexa a(s) data(s) da(s) transferência(s), o(s) Hospital (ais) para onde foi transferido, e d(s) motivo(s) da transferência(s) escolhidos da listagem anexa. Se tiver sido escolhida a opção “Outra causa de transferência”, descreva-a no campo de “Observações gerais” no final do programa.

Dados na altura da 1ª transferência:

Alimentação entérica:

- Registrar “NENHUMA”, se o RN não estava a receber nenhum tipo de alimentação entérica, na altura da 1ª transferência
- Registrar “LEITE MATERNO”, se o RN estava a receber como alimentação entérica, unicamente leite materno não fortificado, na altura da 1ª transferência.
- “LEITE MATERNO COM FORTIFICANTE”, se o RN estava a receber como alimentação entérica, unicamente leite materno fortificado, na altura da 1ª transferência.
- “LEITE DE FÓRMULA”, se o RN estava a receber como alimentação entérica, unicamente leite de fórmula, na altura da 1ª transferência.

- “OS DOIS”, se o RN estava a receber como alimentação entérica leite materno (fortificado ou não) associado a leite de fórmula, na altura da 1ª transferência.

Peso:

- Registrar o peso, em gramas, do dia da transferência ou do dia anterior.

Comprimento:

- Registrar o comprimento, em centímetros, arredondado à décima, do dia da transferência ou do dia anterior.

Perímetro cefálico:

- Registrar o perímetro cefálico, em centímetros, arredondado à décima, do dia da transferência ou do dia anterior.

Dependência de O2:

- Registrar “NÃO”, se à data da 1ª transferência o RN não necessitava de suplemento de O2.
- Registrar “SIM”, se à data da 1ª transferência o RN necessitava de suplemento de O2.

Monitor de apneia:

- Registrar “NÃO”, se à data da 1ª transferência o RN não necessitava de monitor de apneia.
- Registrar “SIM”, se à data da 1ª transferência o RN necessitava de monitor de apneia.

Domicílio:

- Registrar “NÃO”, se o RN nunca teve alta para o domicílio até completar 1 ano de idade.
- Registrar “SIM”, se o RN teve alta para o domicílio até completar 1 ano de idade.

Data:

- Se o RN teve alta para o domicílio até completar 1 ano de idade, preencher na caixa a data de alta para o domicílio.

Idade:

- Idade, em dias, à data de alta para o domicílio (campo de cálculo automático).

Internamento ao ano de idade:

- Registrar "NÃO", se o RN teve alta para o domicílio antes de cumprir 365 dias de idade.
- Registrar "SIM", se a criança esteve consecutivamente internada, permanecendo ainda internada ao cumprir 365 dias de idade.

Estado final:

Dados das 24 horas que precederam a alta para o domicílio, o óbito ou ao cumprir 1 ano de idade se ainda internado.

Alimentação entérica:

- Registrar "NENHUMA", se o RN não estava a receber nenhum tipo de alimentação entérica.
- Registrar "LEITE MATERNO", se o RN estava a receber como alimentação entérica, unicamente leite materno não fortificado.
- Registrar "LEITE MATERNO COM FORTIFICANTE", se o RN estava a receber como alimentação entérica, unicamente leite materno fortificado.
- Registrar "LEITE DE FÓRMULA", se o RN estava a receber como alimentação entérica, unicamente leite de fórmula.
- Registrar "OS DOIS", se o RN estava a receber como alimentação entérica leite materno (fortificado ou não) associado a leite de fórmula.

Complicações:

Ausentes:

- Registrar "NÃO", se o RN apresentava algum tipo de complicação ou sequela à data da alta para o domicílio, do óbito ou ao cumprir 1 ano de idade se ainda internado.
- Registrar "SIM", se o RN não apresentava nenhum tipo de complicação ou sequela à data da alta para o domicílio.

Respiratórias:

- Registrar “NÃO”, se o RN não apresentava nenhum tipo de complicação ou sequela respiratória à data da alta para o domicílio, do óbito ou ao cumprir 1 ano de idade se ainda internado.
- Registrar “SIM”, se o RN apresentava alguma complicação ou sequela respiratória à data da alta para o domicílio, do óbito ou ao cumprir 1 ano de idade se ainda internado.

Dependência de O2:

- Registrar “NÃO”, se o RN não necessitava de suplemento de O2 à data da alta para o domicílio, do óbito ou se ainda internado ao cumprir 1 ano de idade.
- Registrar “SIM”, se o RN necessitava de suplemento de O2 à data da alta para o domicílio, do óbito ou se ainda internado ao cumprir 1 ano de idade.

Monitor de apneia:

- Registrar “NÃO”, se o RN não necessitava de monitor de apneia à data da alta para o domicílio, do óbito ou se ainda internado ao cumprir 1 ano de idade.
- Registrar “NÃO”, se o RN necessitava de monitor de apneia à data da alta para o domicílio, do óbito ou se ainda internado ao cumprir 1 ano de idade .

Digestivas:

- Registrar “NÃO”, se o RN não apresentava nenhum tipo de complicação ou sequela digestiva à data da alta para o domicílio, do óbito ou ao cumprir 1 ano de idade se ainda internado.
- Registrar “SIM”, se o RN apresentava alguma complicação ou sequela digestiva à data da alta para o domicílio, do óbito ou ao cumprir 1 ano de idade se ainda internado.

Neurológicas:

- Registrar “NÃO”, se o RN não apresentava nenhum tipo de complicação ou sequela neurológica à data da alta para o domicílio, do óbito ou ao cumprir 1 ano de idade se ainda internado.
- Registrar “SIM”, se o RN apresentava alguma complicação ou sequela neurológica à data da alta para o domicílio, do óbito ou ao cumprir 1 ano de idade se ainda internado.

Hidrocefalia:

Campo disponibilizado apenas se foi detectada ao RN dilatação ventricular pós-hemorrágica.

- Registrar "NÃO", se o RN não teve o diagnóstico de hidrocefalia.
- Registrar "SEM INFORMAÇÃO", se não houver esta informação disponível.
- Das restantes opções (Estável sem drenagem / Drenagem transitória / Drenagem definitiva / Drenagem transitória + definitiva), registrar a adequada à situação final do RN.

Outras:

- Registrar "NÃO", se o RN não apresentava nenhum outro tipo de complicação ou sequela à data da alta para o domicílio, do óbito ou ao cumprir 1 ano de idade se ainda internado.
- Registrar "SIM", se o RN apresentava algum outro tipo de complicação ou sequela à data da alta para o domicílio, do óbito ou ao cumprir 1 ano de idade se ainda internado. Neste caso, assinalar as complicações ou sequelas detectadas na caixa anexa.

Observações:

Caixa de escrita livre para referir dados considerados de interesse, ou que ajudem a esclarecer algum dado registado, referente ao estado final do RN em causa

Antropometria final:

Peso:

- Registrar o peso, em gramas, à data da alta para o domicílio, do óbito ou ao cumprir 1 ano de idade se ainda internado.

Comprimento:

- Registrar o comprimento, em centímetros, arredondado à décima, à data da alta para o domicílio, do óbito ou ao cumprir 1 ano de idade se ainda internado.

Perímetro cefálico:

- Registrar o perímetro cefálico, em centímetros, arredondado à décima, à data da alta para o domicílio, do óbito ou ao cumprir 1 ano de idade se ainda internado.

Hospital de seguimento da criança:

- Registrar o Hospital responsável pelo seguimento da criança.

Nº Processo:

- Registrar o nº do processo do Hospital de Seguimento da criança

Estado da ficha:

- Registrar "ABERTA", se o médico registador considerar a ficha inacabada. No caso de um RN ter sido transferido para outra instituição hospitalar, a ficha deve manter-se aberta até que os dados referentes à alta para o domicílio, internamento ao ano de idade e estado final tenham sido concluídos pelo registador do último hospital a receber a criança.
- Registrar "FECHADA", se o médico registador considerar a ficha terminada, mesmo que ainda tenha campos por preencher. Neste caso o registador assume que não terá mais oportunidade de obter os dados em falta, ficando estes omissos no registo final .

Observações gerais:

- Campo de escrita livre para observações pertinentes que não tenham sido escritas noutros campos do registo.