

Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – HUCFF
Programa de Pós-Graduação em Medicina – Instituto de Cardiologia Edson Saad



Projeto de Doutorado

**Endocardite infecciosa: proposta de um instrumento
para suporte na tomada de decisão clínica**

Plínio Resende do Carmo Júnior

Orientadores:

Profa. Gláucia Maria Moraes de Oliveira

Prof. Cláudio Querido Fortes

SUMÁRIO

	Pág.
I. Introdução	3
II. Justificativa	4
III. Objetivos	5
IV. Materiais e métodos	6
V. Considerações éticas	7
VI. Resultados Iniciais	8
VII. Referências bibliográficas	9
VIII. Anexos	11

I. INTRODUÇÃO

A endocardite infecciosa (EI) é uma condição clínica com grande potencial de complicações. Apesar dos avanços na abordagem terapêutica atual a EI ainda está associada a altas taxas de mortalidade.^{1,2}

A maioria das recomendações terapêuticas está baseada em estudos observacionais. A baixa incidência da doença e as questões éticas dificultam a realização de estudos clínicos randomizados.³⁻⁵

As complicações mais frequentes da EI são a insuficiência cardíaca e os fenômenos embólicos, condições estas associadas a um pior prognóstico da doença.⁵ Uma série de fatores têm sido implicados nestas complicações como o agente microbiológico, apresentação clínica e características ecocardiográficas. Alguns modelos preditivos têm sido publicados na tentativa de prever estas complicações e determinar a melhor estratégia terapêutica, porém ainda não dispomos de um modelo definitivo.⁶

Em pacientes que evoluem com lesões valvares graves e grandes vegetações a estratégia cirúrgica precoce parece estar relacionada a um melhor prognóstico, mas os estudos publicados na literatura ainda são conflitantes.^{7,8}

O procedimento cirúrgico no contexto da EI em atividade pode potencializar a resposta inflamatória sistêmica que é observada em pós-operatório de cirurgia cardíaca associada à circulação extracorpórea. Ocorre também aumento da dificuldade técnica para a excisão da válvula nativa ou prótese, e do tecido inflamatório circunjacente. Estes aspectos podem contribuir de forma expressiva para o aumento da mortalidade cirúrgica.^{9,10}

A embolização, em especial para o sistema nervosa central é uma complicação que aumenta o risco de mortalidade. Pacientes com grandes vegetações têm um risco maior de embolia, porém a indicação baseada somente no tamanho da vegetação é controversa.⁸

O diagnóstico de EI é baseado nos critérios de Duke modificados, porém um número significativo de pacientes é tratado sem preencher os critérios

definitivos antes da confirmação diagnóstica, pela potencial gravidade da doença.⁵

II. JUSTIFICATIVA

Poucos estudos avaliaram o impacto da construção de um instrumento para a tomada de decisão quanto a melhor conduta terapêutica da EI que leve em consideração fatores clínico, laboratorial e ecocardiográfico, isolado ou em conjunto.

Alguns escores têm sido propostos recentemente na literatura para estimar o risco de complicações nos pacientes com EI, porém precisam ser validados em populações maiores. Estes escores não formulam um diagnóstico e prognóstico para a tomada de decisão que leve em conta as complexas interações entre as variáveis do hospedeiro e do agente infectante. ¹¹

O HUCFF/UFRJ representa de um Centro de referência para tratamento de doenças infecto-parasitárias e por este motivo apresenta condições favoráveis para a formulação de uma proposta de um instrumento de decisão terapêutica para a EI: 1) disponibilidade de um robusto banco de dados iniciado há cerca de três décadas com número significativo de pacientes; 2) qualidade do atendimento prestado incluindo laboratório de microbiologia de excelência e acesso a exames ecocardiográficos; 3) missão acadêmica que garante a normatização de condutas terapêuticas baseadas nas melhores recomendações de literatura vigentes; 4) serviço de cirurgia cardíaca.

III. Objetivos:

Primário- Analisar os fatores clínicos/epidemiológicos, microbiológicos e ecocardiográficos de pacientes internados com diagnóstico comprovado ou provável de EI implicados no diagnóstico e no prognóstico da doença

Secundário- Propor um instrumento diagnóstico e prognóstico para a tomada de decisão em relação à estratégia terapêutica.

IV. Material e métodos

O estudo será composto de uma análise de pacientes com diagnóstico confirmado de EI ou suspeita diagnóstica que tenham sido tratados como EI que foram internados no HUCFF/UFRJ de agosto de 1978 a março de 2015.

Serão analisadas características gerais da amostra, morbidades prévias, condições predisponentes para EI, manifestações clínicas de EI, achados ecocardiográficos, localização da EI, distribuição de microrganismos causadores e evolução dos pacientes (realização de cirurgia, insuficiência cardíaca, embolização, mortalidade)

As variáveis quantitativas serão apresentadas como mediana e intervalos interquartis, com exceção da idade que serão expressas em média e desvio padrão. As variáveis qualitativas serão apresentadas em porcentagem.

Ao longo do projeto será discutida a melhor ferramenta estatística para a construção de um instrumento para a tomada de decisão na EI baseado em métodos de *machine learning*.

V. Considerações Éticas

O estudo será feito de acordo com os princípios éticos vigentes e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho pertencente à Universidade Federal do Rio de Janeiro (CONEP parecer 996 2001)

Além disso, há o comprometimento moral e a assinatura do termo de compromisso de utilização de dados, visando manter a privacidade e confidencialidade dos dados utilizados, visto que não foi possível obter o consentimento informado previamente já que se trata de uma análise retrospectiva de um banco de dados.

VI. ANÁLISE DESCRITIVA DA AMOSTRA

A amostra é composta por 635 pacientes, sendo 484 (76%) do sexo masculino. A idade dos pacientes varia de 5 a 93 anos, com uma média de 41 anos.

Nesta amostra foram observados 716 episódios de EI, já que alguns pacientes tiveram mais de um episódio de EI. Condição predisponente de EI foi encontrada em 409 episódios (57%), e em 211 (29%) episódios os pacientes tinham morbidades prévias.

As hemoculturas foram realizadas em 680 episódios (95%), tendo sido positivas em 396(58%). Na amostra analisada 218 pacientes (30%) foram submetidos à cirurgia cardíaca. Complicações foram observadas em pelo menos 439 episódios de EI; falta analisar o registro de complicações em 118 episódios. Do total de pacientes da amostra avaliada 244 (37%) evoluíram para óbito.

Tabela 1. Dados demográficos e laboratoriais dos pacientes da amostra com EI no HUCFF/UFRJ, de agosto de 1978 a março de 2015.

Variáveis	pacientes (N=635) n (%)
Gênero masculino	484 (76%)
Idade (em anos)	41 (5 a 93)
Número de episódios de EI	716
Pacientes com condições predisponentes para EI	409 (57%)
Pacientes com morbidades prévias	221 (29%)
Pacientes com coleta de hemoculturas	680 (95%)
Pacientes com hemoculturas positivas	396 (58%)
Pacientes submetidos à cirurgia cardíaca	218 (30%)
Pacientes com complicações da EI	118 (30%)
Óbitos(Hospitalares)	244(37%)

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) Thuny F, Grisoli D, Collart F, Habib G, Raoult D. Management of infective endocarditis: challenges and perspectives. *Lancet* 2012 ;379: 965–975.
- 2) Habib G. Management of infective endocarditis. *Heart* 2006;92:124–130.
- 3) Naber CK, Erbel R, Baddour LM, Horstkotte D. New guidelines for infective endocarditis: a call for collaborative research. *Int J Antimicrob Agents* 2007;29: 615–616.
- 4) Nishimura RA, Carabello BA, Faxon DP, Freed MD, Lytle BW, O’Gara PT, O’Rourke RA, Shah PM. ACC/AHA 2008 guideline update on valvular heart disease: focused update on infective endocarditis: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: endorsed by the Society Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *Circulation* 2008;118:887–896.
- 5) Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, Bongiorno MG, Casalta JP, Del Zotti F, Dulgheru R, El Khoury G, Erba PA, Iung B, Miro JM, Mulder BJ, Plonska-Gosciniak E, Price S, Roos-Hesselink J, Snygg-Martin U, Thuny F, Tornos Mas P, Vilacosta I, Zamorano JL; Document Reviewers, Erol Ç Nihoyannopoulos P, Aboyans V, Agewall S, Athanassopoulos G, Aytekin S, Benzer W, Bueno H, Broekhuizen L, Carerj S, Cosyns B², De Backer J, De Bonis M, Dimopoulos K, Donal E, Drexel H, Flachskampf FA, Hall R, Halvorsen S, Hoen B, Kirchhof P, Lainscak M, Leite-Moreira AF, Lip GY, Mestres CA, Piepoli MF, Punjabi PP, Rapezzi C, Rosenhek R, Siebens K, Tamargo J, Walker DM. The Task Force for the Management of Endocarditis of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal* (2015) 36, 3075–3123.
- 6) Lawrence P. Park, PhD; Vivian H. Chu, MD, MHS; Gail Peterson, MD; Athanasios Skoutelis, MD, PhD; Tatjana Lejko-Zupa, MD, PhD; Emilio Bouza, MD, PhD; Pierre Tattevin, MD; Gilbert Habib, MD; Ren Tan, MBBS; Javier Gonzalez, MD; Javier Altclas, MD; Jameela Edathodu, MBBS; Claudio Querido Fortes, MD; Rinaldo Focaccia Siciliano, MD, PhD; Orathai Pachirat, MD; Souha Kanj, MD; Andrew Wang, MD; for the International Collaboration on Endocarditis (ICE) Investigators* *J Am Heart Assoc.* 2016.
- 7) Tornos P, Iung B, Permanyer-Miralda G, Baron G, Delahaye F, Gohlke-Barwolf C, Butchart EG, Ravaut P, Vahanian A. Infective endocarditis in Europe: lessons from the Euro heart survey. *Heart* 2005;91:571–575.
- 8) Dae-Hee Kim, MD, PhD; Duk-Hyun Kang, MD, PhD; Myung-Zoon Lee, MD; Sung-Cheol Yun, PhD; Yong-Jin Kim, MD, PhD; Jong-Min Song, MD, PhD; Jae-Kwan Song, MD, PhD; Jae-Won Lee, MD, PhD; Dae-Won Sohn, MD, PhD. Impact of Early Surgery on Embolic Events in Patients With Infective Endocarditis. *Circulation.* 2010;122 [suppl 1]:S17–S22.
- 9) Bruno Barsic,¹ Stuart Dickerman,² Vladimir Krajcinovic,¹ Paul Pappas,³ Javier Altclas,⁴ Giampiero Carosi,⁵ José H. Casabé,⁶ Vivian H. Chu,³ Francois Delahaye,⁷ Jameela Edathodu,⁸ Claudio Querido Fortes,⁹ Lars Olaison,¹⁰ Ana Pangercic,¹¹ Mukesh Patel,¹² Igor Rudez,¹³ Syahidah Syed Tamin,¹⁴ Josip Vincelj,¹³ Arnold S. Bayer,¹⁵ and Andrew Wang³; for the International Collaboration on Endocarditis – Prospective Cohort Study (ICE-PCS) Investigators. *Clinical Infectious Diseases* 2013;56(2):209–17.

- 10) Aurélie Bannay, Bruno Hoen, Xavier Duval, Jean-François Obadia, Christine Selton-Suty, Vincent Le Moing, Pierre Tattevin, Bernard Lung, François Delahaye, François Alla, for the AEPEI Study Group. The impact of valve surgery on short- and long-term mortality in left-sided infective endocarditis: do differences in methodological approaches explain previous conflicting results? *European Heart Journal* (2011) 32, 2003–2.
- 11) Olmos C, Vilacosta I, Habib G, Maroto L, Fernández C, López J, Sarriá C, Salaun E, Di Stefano S⁴, Carnero M, Hubert S, Ferrera C, Tirado G, Freitas-Ferraz A, Sáez C, Cobiella J, Bustamante-Munguira J, Sánchez-Enrique C, García-Granja PE, Lavoute C, Obadia B, Vivas D, Gutiérrez Á, San Román JA. Risk score for cardiac surgery in active left-sided infective endocarditis. *Heart*. 2017 Sep;103(18):1435-1442.

VIII. ANEXO I: Ficha de coleta de dados- variáveis analisadas.

IX. Nome			Prontuário	
Registro	Idade	Data nascimento __/__/__	<input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Masc	Data Internação __/__/__
Procedência	Demanda espontanea: <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Referido			
	Transferido de outro hospital <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Data da internação na primeira admissão __/__/__	
Enfermaria	Diagnóstico de admissão			
Data da primeira manifestação clínica __/__/__				
Se a data da primeira manifestação clínica não é conhecida:				
Tempo aproximado de doença antes da internação				
Data em que foi estabelecido o diagnóstico: __/__/__				
Se data não conhecida: Tempo aproximado de doença antes do diagnóstico				
Data em que procurou pela primeira vez auxílio médico __/__/__				
Se data em que procurou pela primeira vez auxílio médico não é conhecida:				
Tempo de doença antes de procurar pela primeira vez auxílio médico				
HISTÓRIA PATOLÓGICA PRÉVIA:				
Doença Pulmonar Crônica		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Infarto do Miocárdio		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Insuficiência Cardíaca Congestiva		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Doença Vascular Periférica		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Doença Cerebrovascular		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Diabetes Melitus		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Diabetes Melitus com lesão de órgão alvo		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Câncer		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Leucemia		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Linfoma		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Geniturinário		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Geniturinário com metástase		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Gastrintestinal		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Com metástase		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Oral		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Oral com metástase		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Outro tumor sólido		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Outro tumor sólido com metástase		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Insuficiência renal leve		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Insuficiência renal moderada a grave		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Hemodiálise		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Doença péptica ulcerada		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Doença hepática leve		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Doença hepática moderada a grave		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Colagenose		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Hemiplegia		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Demencia		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Infecção pelo HIV		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada		
Último CD4				
Última carga viral				

AIDS diagnosticada clinicamente	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
Uso de droga ilícita IV	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
Etilismo	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
Terapia imunossupressora crônica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
Uso de corticoide	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
Uso de terapia imunossupressora para transplante	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
Uso de outra terapia imunossupressora	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
Outra doença crônica (_____)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada

PROCEDIMENTO INVASIVO PROPICIADOR DE BACTEREMIA TRANSITÓRIA

<input type="checkbox"/> Nega			
<input type="checkbox"/> Não relatado			
<input type="checkbox"/> Sim	Procedimento dentária:		
	<input type="checkbox"/> Nega		
	<input type="checkbox"/> Não relatado		
<input type="checkbox"/> Sim	Data do procedimento __/__/____		
	Tempo entre procedimento e início dos sintomas se data não conhecida		
	Tipo do procedimento		
	Extração	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	
	Outra cirurgia dentária	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	
	Antibiótico profilaxia adequada	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	
Procedimento genitourinária:			
<input type="checkbox"/> Nega			
<input type="checkbox"/> Não relatado			
<input type="checkbox"/> Sim	Data do procedimento __/__/____		
	Tempo entre procedimento e início dos sintomas se data não conhecida		
	Tipo do procedimento		
	Citoscopia	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	
	Outra cirurgia	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	
	Antibiótico profilaxia adequada	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	
Procedimento gastrointestinal:			
<input type="checkbox"/> Nega			
<input type="checkbox"/> Não relatado			
<input type="checkbox"/> Sim	Data do procedimento __/__/____		
	Tempo entre procedimento e início dos sintomas se data não conhecida		
	Tipo do procedimento		
	EGD	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	
	Colonoscopia	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	
	Dilatação esofageana	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	
	Antibiótico profilaxia adequada	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	
Outro procedimento invasivo:			
<input type="checkbox"/> Nega			
<input type="checkbox"/> Não relatado			
<input type="checkbox"/> Sim	Data do procedimento __/__/____		
	Tempo entre procedimento e início dos sintomas se data não conhecida		
	Especificar o tipo do procedimento		
		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	
		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	
	Antibiótico profilaxia adequada	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	

FOCO INFECCIOSO

<input type="checkbox"/> Nega		
<input type="checkbox"/> Não relatado		
<input type="checkbox"/> Sim	Cutâneo	Furunculose: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada __/__/__
		Celulite: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada __/__/__
		Ferida infectada: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada __/__/__
		Varicela infectada: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada __/__/__
		Outro: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada __/__/__ Qual?
	Urinário	Pielonefrite: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada __/__/__
		Prostatite: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada __/__/__
		Outro: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada __/__/__ Qual?
	Obstétrico	Endometrite: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada __/__/__
		Aborto séptico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada __/__/__
		Outro: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada __/__/__ Qual?
	Pulmonar	Pneumonia: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada __/__/__
		Outro: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada __/__/__ Qual?
	Cateter	Venoso profundo: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada __/__/__
		CDL para hemodiálise: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada __/__/__
		Venoso periférico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada __/__/__
	Outro	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada __/__/__ Qual

PRESEÇA DE ACESSO INTRAVASCULAR

Fistula AV para hemodiálise	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Cateter IV periférico	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Cateter venoso central de longa permanência (Hickman, port-a-cath, etc)	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Cateter venoso central de curta permanência (triplo lumen, vascath, etc)	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
 Data de inserção	
Cateter venoso não central de curta permanência (PIC)	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
 Data de inserção	
Dispositivo endocavitário	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Marca-passo	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
ICD	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Outros (Qual? _____)	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim

CONCLUSAO DA FONTE DE INFECCAO

<input type="checkbox"/> Cavidade oral <input type="checkbox"/> Gastrointestinal (excluindo oral) <input type="checkbox"/> Pele <input type="checkbox"/> Trato urinário <input type="checkbox"/> Ginecológico <input type="checkbox"/> Desconhecido
<input type="checkbox"/> Outro (especificar: _____)

FONTE DE AQUISIÇÃO PRESUMIVEL

Comunitária	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Associada a cuidados de saúde: Adquirida no Hospital	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Associada a cuidados de saúde: Adquirida fora do Hospital	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim

Desconhecida	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim

CARDIOPATIA PRÉVIA

Não Sim Não relatada

Conhecida previamente pelo paciente não sim

Diagnosticada pelos dados de história e exame físico de admissão não sim

ENDOCARDITE PREVIA

Não conhecida/não documentada

Não

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Aórtica	<input type="checkbox"/> Mitral	<input type="checkbox"/> Tricúspide	<input type="checkbox"/> Pulmonar	<input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Desconhecida
------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

Data do episódio

Este episódio foi registrado no banco de dados ICE sim não

Este episódio foi registrado no banco de dados HUCFF sim não

O paciente completou a terapia prescrita sim não

Foi necessário tratamento cirúrgico sim não

Válvula foi submetida a cirurgia	<input type="checkbox"/> Aórtica	<input type="checkbox"/> Mitral	<input type="checkbox"/> Tricúspide	<input type="checkbox"/> Pulmonar	<input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Desconhecida
----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

CARDIOPATIA CONGÊNITA

Não conhecida/não documentada

Não

<input type="checkbox"/> Sim	CIA	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
------------------------------	-----	---

CIV	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
-----	---

Válvula aórtica bicúspide	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
---------------------------	---

Cardiopatía hipertrófica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
--------------------------	---

Tetralogia de Fallot	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
----------------------	---

PCA	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
-----	---

Coarctação da aorta	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
---------------------	---

Membrana subaórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
---------------------	---

Truncus	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
---------	---

Prolapso de válvula mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
----------------------------	---

Outra congênita	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada Qual?
-----------------	---

Correção cirúrgica Não Sim Não relatada

Data da correção cirúrgica

CARDIOPATIA ADQUIRIDA

Não conhecida/não documentada

Não

<input type="checkbox"/> Sim	Reumática	Estenose mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
------------------------------	-----------	-----------------	---

Insuficiência mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
----------------------	---

Estenose aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
------------------	---

Insuficiência aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
-----------------------	---

<input type="checkbox"/> Sim	Degenerativa	Estenose mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
------------------------------	--------------	-----------------	---

Insuficiência mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
----------------------	---

		Estenose aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Insuficiência aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
<input type="checkbox"/> Sim	Sem etiologia definida	Estenose mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Insuficiência mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Estenose aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Insuficiência aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
<input type="checkbox"/> Sim	Outra		sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não relatada <input type="checkbox"/>

Temperatura axilar	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/___
Frequencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/___
Frequencia respiratória	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/___
Pressão arterial sistólica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/___
Pressão arterial diastólica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/___
Estigmas periféricos de endocardite	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/___
Nódulos de Osler	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/___
Manchas de Janeway	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/___
Purpura purulenta	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/___
Fenomeno vascular embolico	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/___
Embolos em mãos ou pés	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/___
Vasculite periférica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/___
Estigmas periféricos não especificados	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/___
Manchas de Roth	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/___
Petéquias subconjuntivais	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/___
Petéquias não subconjuntivais	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/___
Splinter	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/___
Palidez	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/___
Icterícia	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/___
Cianose	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/___
Baquetamento digital	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/___
Dispnéia	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/___
Dentição	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/___
Adenomegalia cervical	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/___

Turgência jugular	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____
Onda V patológica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____
Refluxo hepato jugular	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____
Batimento de asa de nariz	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____
Tosse	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____
Escarro hemoptóico	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____
Estertoração pulmonar	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____
Murmúrio vesicular diminuído	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____
Síndrome de derrame pleural	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____
Atrito pleural	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____
Ictus de VE alterado	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____
Ictus de VD palpável	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____
Hipofonese de bulhas	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____
B3 de VE	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____
B4 de VE	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____
B3 de VD	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____
B4 de VD	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____
Sopro cardíaco	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____
Sopro novo	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____
Piora de sopro já existente	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____
Sopro sistólico mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____
Sopro diastólico mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____
Sopro sistólico aórtico	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____
Sopro diastólico aórtico	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____
Sopro sistólico tricúspide	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____
Sopro diastólico tricúspide	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____

		__/__/____
Sopro sistólico pulmonar	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/____
Sopro diastólico pulmonar	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/____
Sopro sistólico pancardiaco	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/____
Sopro não caracterizado	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/____
Manobra de Rivero Carvalho positiva	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/____
Atrito pericardico	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/____
Dor a palpação abdominal	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/____
Pulso hepático	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/____
Hepatomegalia	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/____
Esplenomegalia	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/____
Edemna de MMII	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/____
Isquemia arterial aguda	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/____
Massa pulsatil aneurismatica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/____
Sinais neurológicos focais	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/____
Convulsão	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/____
Sinais meníngeos	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/____
Alterações do nível de consciência	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/____
Artrite	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/____
Outros sinais 01	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/____
Outros sinais 02	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/____
Outros sinais 03	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/____
Outros sinais 04	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/____
Outros sinais 05	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/____
Qualquer febre	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/____
Qualquer sopro	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/____

Qualquer estigma periférico

Não Sim Não relatada

Se na evolução data

__/__/__

CIRURGIA VALVULAR PREVIA:

	Válvula Nativa	Plátia sem prótese	Plástia com prótese	Prótese mecânica	Prótese biológica	Prótese homográfica	Prótese autográfica
Aórtica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data							
Mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data							
Tricuspide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data							
Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data							

MEDICAMENTOS NA ADMISSÃO

Aspirina

Cumarinico

USO PRÉVIO DE ANTIBIÓTICO

Não Sim Não relatada __/__/__ Qual?

MEDICAMENTOS NA ADMISSÃO

Aspirina

Cumarinico

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Evidencia clínica de EI

Não

Sim

Questionável

Não mencionado

SINTOMAS

Historia de febre	<input type="checkbox"/> Nega <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada <input type="checkbox"/> Não aferida	Se na evolução data __/__/__
Febre	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Calafrio	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Diarreia	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Vomitos	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Queda do estado geral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Mal estar	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Astenia	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__

		__/__/__
Anorexia	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Perda de peso	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Cefaléia	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Dor torácica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Dor pleurítica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Dor abdominal	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Lombalgia	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Mialgia	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Artralgia	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Queixa de tosse	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Expectoração	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Hemoptócos	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Falta de ar	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Cansaço	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Queixa de edema de MMII	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Sonolencia	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Alterações do comportamento	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Queda do nível de consciencia	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Crise convulsiva	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Alterações neurológicas	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Amaurose	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Outras queixas 01	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Outras queixas 02	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__
Outras queixas 03	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data __/__/__

Outras queixas 04	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____
Outras queixas 05	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	Se na evolução data _/_/____

EXAMES COMPLEMENTARES

RADIOGRAFIA DE TORAX

Data				
Aumento da area cardiaca				
Infarto pulmonar séptico				
Congestão pulmonar				
Alterações do parenquima				

ELETROCARDIOGRAMA

Data				
Aumentos cavitários				
hipertrofia ventricular				
Alterações do ritmo				
Distúrbios da condução				

HEMOGRAMA

Data									
Hemacias									
Hb									
HTO									
VGM									
HGM									
CHGM									
Leucócitos									
Basófilos									
Eosinófilos									
Mielócitos									
Metamielócitos									
Bastões									
Segmentados									
Linfócitos									
Monócitos									
VHS									
Plaquetas									

MARCADORES INFLAMATÓRIOS

Data									
Proteína C reativa									
Data									
Fator Reumatóide									

BIOQUIMICA SÉRICA

Data									
Ureia									

Creatinina										
Glicose										
Sódio										
Potássio										

EAS

Data										
Hematúria										

TOMOGRAFIA DE CRANIO

Data										
Hemorragia intracraniana										
Aneurisma micótico										
Infarto isquêmico										
Abscesso cerebral										
Hemorragia subaracnóidea										

ANGIOGRAFIA CEREBRAL

Data										
Aneurisma micótico										

ULTRASSOM ABDOMINAL

Data										
Hepatomegalia										
Abscesso hepático										
Esplenomegalia										
Abscesso esplênico										
Abscesso renal										
Aneurisma intra abdominal										

MICROBIOLOGIA

Foram colhidas hemoculturas

Não

Não relatado

Sim

Se sim, data da coleta da primeira hemocultura __/__/____

Houve crescimento na hemocultura

Não

Se não, vinha fazendo uso de antibióticos nos últimos 7 dias? Não Sim Não relatado

Sim

Se sim, preencher formulário "HEMOCULTURAS"

Foram obtidas outras culturas relacionadas ao episódio de EI

Não

Não relatado

Sim

Se sim, qual foi a fonte do material mais importante para o diagnóstico

Válvula

Articular

Ponta de cateter

Liquor

Escarro

Urina

Marca-passo

Outra _____

Houve crescimento na hemocultura

Não

Se não, vinha fazendo uso de antibióticos nos últimos 7 dias? Não Sim Não relatado

Sim

Se sim, preencher formulário "OUTRAS CULTURAS"

Sorologia/ PCR

Responder "não" se a sorologia ou a PCR não foi documentada ou não

Se o título não for conhecido colocar "NA" no campo t

Foram obtidas sorologias

Não Sim, se sim, quais das seguintes foram colhidas

Bartonella	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, se Sim completar resultado da titulação	Título	1: ____
Brucella	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, se Sim completar resultado da titulação	Título	1: ____
Aspergillus	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, se Sim completar resultado da titulação	Título	1: ____
Coxiella Burnetii	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, se Sim completar resultado da titulação	Título	1: ____
Legionella	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, se Sim completar resultado da titulação	Título	1: ____
Outro	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, se Sim completar resultado da titulação	Título	1: ____

Foi obtida PCR	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, se sim, quais das seguintes foram colhidas	
Tropheryma Whippelii	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Outro _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Outros exames microbiológicos:	
Bacterioscopia do Liquor	
Bacterioscopia de lesão cutanea	
Bacterioscopia de outros materiais	

ECOCARDIOGRAMA

Foi realizado ecocardiograma transtoracico (ETT) como parte da avaliação diagnóstica inicial?

Não Sim, se sim, data em que foi realizado: ___/___/___

Havia evidencia de endocardite Não Sim

EVIDENCIA ECOCARDIOGRAFICA DE CARDIOPATIA PREVIA

Não relatada Não Sim

Se Sim

CARDIOPATIA CONGENITA

Não conhecida/não documentada

Não

<input type="checkbox"/> Sim	CIA	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	CIV	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	Válvula aórtica bicúspide	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	Cardiopatía hipertrófica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	Tetralogia de Fallot	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	PCA	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	Coarctação da aorta	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	Membrana subaórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	Truncus	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	Prolapso de válvula mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	Outra congênita	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada <input type="checkbox"/> Qual?
		Correção cirurgica <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Data da correção cirurgica

CARDIOPATIA ADQUIRIDA

Não conhecida/não documentada

Não

<input type="checkbox"/> Sim	Reumática	Estenose mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Insuficiência mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Estenose aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Insuficiência aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Comprometimento mitral não especificado	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Comprometimento aortico não especificado	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Comprometimento tricuspide não especificado	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Comprometimento não especificado	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	Degenerativa	Calcificação mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Insuficiência mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Estenose aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Esclerose aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	Indefinida	Estenose mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Insuficiência mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Estenose aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Insuficiência aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	Prótese	Biológica mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Mecânica mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Biológica aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada

	Mecânica aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	Homoenxerto aórtico	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	Biológica tricúspide	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	Mecânica tricúspide	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	Outra	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada

DISFUNÇÃO VALVAR PELO ETT INICIAL	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não conhecida/não documentada	
<input type="checkbox"/> Sim	
Insuficiência mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Antiga <input type="checkbox"/> Não é possível definir como nova ou antiga
Insuficiência aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Antiga <input type="checkbox"/> Não é possível definir como nova ou antiga
Insuficiência tricuspíde	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Antiga <input type="checkbox"/> Não é possível definir como nova ou antiga
Insuficiência pulmonar	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Antiga <input type="checkbox"/> Não é possível definir como nova ou antiga
Estenose mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave
Estenose aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave
Estenose tricuspíde	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave
Estenose pulmonar	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave
Regurgitação protética mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Antiga <input type="checkbox"/> Não é possível definir como nova ou antiga
Regurgitação protética aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Antiga <input type="checkbox"/> Não é possível definir como nova ou antiga
Regurgitação protética tricuspíde	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Antiga <input type="checkbox"/> Não é possível definir como nova ou antiga
Regurgitação protética pulmonar	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Antiga <input type="checkbox"/> Não é possível definir como nova ou antiga
Regurgitação paraprotética mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Antiga <input type="checkbox"/> Não é possível definir como nova ou antiga
Regurgitação paraprotética aórtico	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Antiga <input type="checkbox"/> Não é possível definir como nova ou antiga
Regurgitação paraprotética tricuspíde	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Antiga <input type="checkbox"/> Não é possível definir como nova ou antiga
Regurgitação paraprotética pulmonar	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Antiga <input type="checkbox"/> Não é possível definir como nova ou antiga
Fechamento precoce da mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
Disfunção miocárdica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave
Aumento cavitário	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave
Derrame pericárdico	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave
PRESENÇA DE VEGETAÇÃO	
Aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
Mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
Tricúspide	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
Pulmonar	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
Cordoalha	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
Cateter	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
Parede do miocárdio	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
Marca-Passo/ICD	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
COMPLICAÇÕES INTRACARDIACAS E PARAPROTÉTICAS	
Perfuração do folheto	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
Rotura do folheto	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
Rotura de cordoalha	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada

Extensão para o septo	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
Extensão para a fibrosa intervalvar	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
Abscesso	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
Fistula	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
Deiscencia da prótese	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
Foi realizado ETT evolutivo?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, se sim preencher ficha ETT evolutivo
Foi realizado ETE como parte da avaliação diagnóstica inicial?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, se sim preencher ficha ETE inicial

Ecocardiograma transesofágico (ETE) como parte da avaliação diagnóstica inicial			
Data em que foi realizado: __/__/____			
Havia evidencia de endocardite <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
EVIDENCIA ECOCARDIOGRAFICA DE CARDIOPATIA PREVIA			
<input type="checkbox"/> Não relatada <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
Se Sim			
CARDIOPATIA CONGENITA			
<input type="checkbox"/> Não conhecida/não documentada			
<input type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> Sim	CIA	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	
	CIV	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	
	Válvula aórtica bicúspide	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	
	Cardiopatía hipertrófica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	
	Tetralogia de Fallot	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	
	PCA	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	
	Coarctação da aorta	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	
	Membrana subaórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	
	Truncus	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	
	Prolapso de válvula mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada	
	Outra congênita	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada <input type="checkbox"/> Qual?	
		Correção cirurgica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Data da correção cirurgica	
CARDIOPATIA ADQUIRIDA			
<input type="checkbox"/> Não conhecida/não documentada			
<input type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> Sim	Reumática	Estenose mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Insuficiência mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Estenose aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Insuficiência aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Comprometimento mitral não especificado	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Comprometimento aortico não especificado	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Comprometimento tricúspide não especificado	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Comprometimento não especificado	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	Degenerativa	Calcificação mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Insuficiência mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Estenose aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Esclerose aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	Etiologia indefinida	Estenose mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Insuficiência mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Estenose aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
		Insuficiência aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	Prótese	Biológica mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada

	Mecânica mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	Biológica aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	Mecânica aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	Homoenxerto aórtico	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	Biológica tricúspide	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	Mecânica tricúspide	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	Outra	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
Foi realizado ETE evolutivo? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, se sim preencher ficha ETE evolutivo		

DISFUNÇÃO VALVAR PELO ETE INICIAL	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não conhecida/não documentada	
<input type="checkbox"/> Sim	
Insuficiência mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Antiga <input type="checkbox"/> Não é possível definir como nova ou antiga
Insuficiência aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Antiga <input type="checkbox"/> Não é possível definir como nova ou antiga
Insuficiência tricuspide	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Antiga <input type="checkbox"/> Não é possível definir como nova ou antiga
Insuficiência pulmonar	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Antiga <input type="checkbox"/> Não é possível definir como nova ou antiga
Estenose mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave
Estenose aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave
Estenose tricuspide	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave
Estenose pulmonar	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave
Regurgitação protética mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Antiga <input type="checkbox"/> Não é possível definir como nova ou antiga
Regurgitação protética aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Antiga <input type="checkbox"/> Não é possível definir como nova ou antiga
Regurgitação protética tricuspide	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Antiga <input type="checkbox"/> Não é possível definir como nova ou antiga
Regurgitação protética pulmonar	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Antiga <input type="checkbox"/> Não é possível definir como nova ou antiga
Regurgitação paraprotética mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Antiga <input type="checkbox"/> Não é possível definir como nova ou antiga
Regurgitação paraprotética aórtico	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Antiga <input type="checkbox"/> Não é possível definir como nova ou antiga
Regurgitação paraprotética tricuspide	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Antiga <input type="checkbox"/> Não é possível definir como nova ou antiga
Regurgitação paraprotética pulmonar	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Antiga <input type="checkbox"/> Não é possível definir como nova ou antiga
Fechamento precoce da mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
Disfunção miocárdica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave
Aumento cavitário	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave
Derrame pericárdico	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave
PRESENÇA DE VEGETAÇÃO	
Aórtica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
Mitral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
Tricúspide	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
Pulmonar	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
Cordoalha	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
Cateter	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
Parede do miocárdio	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
Marca-Passo/ICD	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
COMPLICAÇÕES INTRACARDIACAS E PARAPROTÉTICAS	
Perfuração do folheto	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
Rotura do folheto	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
Rotura de cordoalha	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada

Extensão para o septo	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
Extensão para a fibrosa intervalvar	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
Abscesso	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
Fistula	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada
Deiscencia da prótese	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Questionável <input type="checkbox"/> Não relatada

TRATAMENTO ANTIMICROBIANO

Data da primeira dose de terapia antibiótica eficaz / /

Tempo de terapia total planejado: dias

Tempo de terapia total realizado: dias

Antimicrobiano		Período de utilização
Penicilina	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Ampicilina	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Oxacilina	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Cefalotina	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Cefuroxime	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Cefoxitina	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Cefotaxime	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Ceftriaxone	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Ceftazidime	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Cefepime	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Ertapenem	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Imipenem	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Meropenem	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Aztreonam	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Ampicilina/Subactam	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Amoxicilina/Clavulanato	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Ticarcilina/Clavulanato	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Piperacilina/Tazobactam	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Norfloxacin	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Pefloxacin	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Ofloxacin	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Ciprofloxacina	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Levofloxacina	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Moxifloxacina	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Gatifloxacina	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Gentamicina	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Amicacina	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Eritromicina	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Azitromicina	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Claritromicina	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Clindamicina	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Vancomicina	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Teicoplanina	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Linezolida	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Rifampicina	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
SMZ/TMP	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Tetraciclina	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Cloranfenicol	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Nitrofurantoina	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____
Anfotericina B	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ____/____/____ a ____/____/____

Fluconazol	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ___/___/___ a ___/___/___
Itraconazol	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	de ___/___/___ a ___/___/___
TRATAMENTO CLÍNICO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA		
Diurético <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Vasodilatador <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Digitálico <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Beta bloqueador <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Dopamina ou Dobutamina <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Nipride <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Houve indicação de cirurgia cardíaca? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim se Sim PRENCHER FICHA TRATAMENTO CIRURGICO		

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Houve indicação de cirurgia cardíaca? Não Sim

se Sim qual a data em que surgiu a primeira indicação

____/____/____

Qual foi a indicação?

Insuficiência cardíaca Não Sim Abscesso miocárdico Não Sim

Embolização Não Sim Regurgitação valvar Não Sim

Bacteremia persistente Não Sim Vegetação Não Sim

Outra Não Sim Especificar _____

Foi realizada a cirurgia cardíaca? Não Se Não, preencher os itens "Motivo pelo qual não foi submetido a cirurgia"

Sim Se Sim, preencher os itens "Detalhes da cirurgia"

Detalhes da cirurgia

Data da cirurgia ____/____/____

Evidência de endocardite na cirurgia? Não Sim Não relatada

Válvula aórtica Não Sim [Vegetação Perfuração Abscesso Fistula Outra]

Não relatada

Válvula mitral Não Sim [Vegetação Perfuração Abscesso Fistula Outra] Não

relatada

Válvula tricúspide Não Sim [Vegetação Perfuração Abscesso Fistula Outra] Não

relatada

Válvula pulmonar Não Sim [Vegetação Perfuração Abscesso Fistula Outra] Não

relatada

Outra localização Não Sim [Vegetação Perfuração Abscesso Fistula Outra]

Especificar a localização _____

Havia evidência de endocardite no material cirúrgico enviado para microbiologia? Não Sim Não relatada

Aórtica Não Sim Não relatada Não enviado

Tricúspide Não Sim Não relatada Não enviado

Mitral Não Sim Não relatada Não enviado

Pulmonar Não Sim Não relatada Não enviado

Outra localização Não Sim Não relatada Especificar _____

Havia evidência de endocardite no material cirúrgico enviado para histopatologia? Não Sim Não relatada

Aórtica Não Sim Não relatada Não enviado

Tricúspide Não Sim Não relatada Não enviado

Mitral Não Sim Não relatada Não enviado

Pulmonar Não Sim Não relatada Não enviado

Outra localização Não Sim Não relatada Especificar _____

Tipo de cirurgia valvar:

	Nenhuma cirurgia	Plastia sem prótese	Plastia com prótese	Prótese mecânica	Prótese biológica	Prótese homográfica	Prótese autográfica

Aórtica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tricuspide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de cirurgia não valvar:							
Retirada de marca-passo/CDI <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim							
Outra cirurgia <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim se Sim especificar qual: _____							
Se havia indicação cirurgica mas o paciente não foi submetido a intervenção especificar: Motivo pelo qual não foi submetido a cirurgia							
Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não relatada		
Hemorragia intracraniana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não relatada		
Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não relatada		
Sepse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não relatada		
Instabilidade hemodinamica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não relatada		
Paciente recusou a cirurgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não relatada		
Paciente faleceu antes da cirurgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não relatada		
Outro motivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	se Sim, especificar _____			

COMPLICAÇÕES DURANTE O EPISÓDIO	
Sistema Nervoso Central	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	Se Sim , data do início ____/____/____
	Tipo de evento:
	<input type="checkbox"/> Embólico sem hemorragia
	<input type="checkbox"/> Embólico com hemorragia
	<input type="checkbox"/> Hemorragia intracraniana
	<input type="checkbox"/> Hemorragia subaracnoideia
	<input type="checkbox"/> Abscesso cerebral
	<input type="checkbox"/> Meningite
	<input type="checkbox"/> Não conhecido
Embolização (que não Stroke)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	Se Sim , especificar a localização:
Vascular periférica	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim data do evento ____/____/____
Baço	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim data do evento ____/____/____
Fígado	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim data do evento ____/____/____
Pulmonar	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim data do evento ____/____/____
Outra	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim data do evento ____/____/____
	Especificar outra _____
Abscesso intracardíaco	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada NYHA I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>
Hemoculturas persistentemente positivas	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
Febre persistente após início do antimicrobiano	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
Recorrência da febre após início do antimicrobiano	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
Aneurisma micótico	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
Surgimento de alterações da condução	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
	Se Sim ,
	<input type="checkbox"/> BAV <input type="checkbox"/> 1 Grau <input type="checkbox"/> 2 Grau <input type="checkbox"/> 3 Grau
	<input type="checkbox"/> Bloqueio de ramo esquerdo
	<input type="checkbox"/> Bloqueio de ramo direito
	<input type="checkbox"/> Hemibloqueio anterior esquerdo
Surgimento de insuficiência renal com indicação de diálise	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada
Outra	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não relatada Especificar

EVOLUÇÃO	
Condição do paciente ao término do episódio:	
<input type="checkbox"/> Obito	Data do Obito ____/____/____ Causa do Obito:
	<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Ignorada
	<input type="checkbox"/> Rotura de aneurisma <input type="checkbox"/> Morte súbita
	<input type="checkbox"/> Outra, especificar _____
<input type="checkbox"/> Alta	Data da alta ____/____/____
	Tipo de alta: <input type="checkbox"/> Residência/Antibioticoterapia domiciliar
	<input type="checkbox"/> Transferido para outro hospital
	<input type="checkbox"/> Transferido para centro de reabilitação
	<input type="checkbox"/> Transferido para casa de saúde de apoio (“hospice”) para doente terminal
	<input type="checkbox"/> Transferido para asilo
	<input type="checkbox"/> Outro, especificar _____

Data de preenchimento da ficha
Assinatura do pesquisador

FORMULARIO HEMOCULTURAS

Completar este formulário se foi respondido sim na questão “Houve crescimento na hemocultura”

Número de hemoculturas positivas: _____

Número total de hemoculturas: _____ (1 punção venosa = 1 hemocultura)

Foram positivas pelo menos duas hemoculturas colhidas com um intervalo maior do que 12 horas

Não Sim Não relatado

Foram positivas pelo menos três hemoculturas de pelo menos três amostras de hemoculturas (ou a maioria das hemoculturas se foram colhidas quatro ou mais amostras)

Não Sim Não relatado

Este episódio foi uma infecção polimicrobiana

Não

Não relatado

Sim, se sim, completar formulário “Hemocultura Polimicrobiana”

AGENTE ETIOLÓGICO

<input type="checkbox"/> Streptococcus alfa hemolítico	<input type="checkbox"/> Corynebacterium	<input type="checkbox"/> Bacilo entérico gram negativo
<input type="checkbox"/> Streptococcus viridans	<input type="checkbox"/> Streptococcus pyogenes	<input type="checkbox"/> Burkholderia cepacea
<input type="checkbox"/> Streptococcus bovis	<input type="checkbox"/> Staphylococcus coagulase positiva	<input type="checkbox"/> Fungo
<input type="checkbox"/> Enterococcus faecalis	<input type="checkbox"/> Staphylococcus coagulase negativa	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Enterococcus faecium	<input type="checkbox"/> Staphylococcus aureus	
<input type="checkbox"/> Streptococcus pneumoniae	<input type="checkbox"/> Staphylococcus epidermidis	
<input type="checkbox"/> Pseudomonas aeruginosa	<input type="checkbox"/> HACEK	

PADRÃO DE SENSIBILIDADE AOS ANTIMICROBIANOS

	Sensível = S						Resistent = R				Desconhecido = D			
	S	I	R	D			S	I	R	D				
Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Ciprofloxacina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ampicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Levofloxacina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Oxacilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Moxifloxacina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cefalotina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Gatifloxacina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cefuroxime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cefoxitina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Amicacina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cefotaxime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Eritromicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ceftriaxone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Azitromicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ceftazidime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Claritromicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cefepime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Clindamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ertapenem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Vancomicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Imipenem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Teicoplanina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Meropenem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Linezolida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Aztreonam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Rifampicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ampicilina/Subactam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			SMZ/TMP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Amoxicilina/Clavulana to	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ticarcilina/Clavulanato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piperacilina/Tazobacta m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Norfloxacin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pefloxacin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofloxacin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tetraciclina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cloranfenicol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nitrofurantoina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfotericina B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluconazol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Itraconazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para Enterococcus				
Estreptomina alto nível	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gentamicina alto níve	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULARIO OUTRAS CULTURAS

AGENTE ETIOLÓGICO

<input type="checkbox"/> Streptococcus alfa hemolítico	<input type="checkbox"/> Corynebacterium	<input type="checkbox"/> Bacilo entérico gram negativo
<input type="checkbox"/> Streptococcus viridans	<input type="checkbox"/> Streptococcus pyogenes	<input type="checkbox"/> Burkholderia cepacea
<input type="checkbox"/> Streptococcus bovis	<input type="checkbox"/> Staphylococcus coagulase positiva	<input type="checkbox"/> Fungo
<input type="checkbox"/> Enterococcus faecalis	<input type="checkbox"/> Staphylococcus coagulase negativa	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Enterococcus faecium	<input type="checkbox"/> Staphylococcus aureus	
<input type="checkbox"/> Streptococcus pneumoniae	<input type="checkbox"/> Staphylococcus epidermidis	
<input type="checkbox"/> Pseudomonas aeruginosa	<input type="checkbox"/> HACEK	

PADRÃO DE SENSIBILIDADE AOS ANTIMICROBIANOS

	Sensível = S					Intermediário = I					Resistent = R				Desconhecido = D			
	S	I	R	D		S	I	R	D		S	I	R	D				
Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Ampicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Oxacilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Cefalotina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Cefuroxime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Cefoxitina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Cefotaxime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Ceftriaxone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Ceftazidime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Cefepime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Ertapenem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Imipenem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Meropenem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Aztreonam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Ampicilina/Subactam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Amoxicilina/Clavulana to	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Ticarcilina/Clavulanato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Piperacilina/Tazobacta m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Norfloxacin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Pefloxacin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Ofloxacin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Para Enterococcus																		
Estreptomina alto nível	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Gentamicina alto nível	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

CRITÉRIOS DE DURACK	
<input type="checkbox"/> Diagnóstico Definitivo <input type="checkbox"/> Critério patológico	<input type="checkbox"/> Evidência de microrganismos: <input type="checkbox"/> Microrganismos na vegetação na cultura <input type="checkbox"/> no histopatológico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Microrganismos no êmbolo na cultura <input type="checkbox"/> no histopatológico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Microrganismo no abscesso intra-cardíaco na cultura <input type="checkbox"/> no histopatológico <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Lesões Patológicas (EI ativa): <input type="checkbox"/> presença de vegetação <input type="checkbox"/> abscesso intracardíaco
<input type="checkbox"/> Critério clínico	<input type="checkbox"/> 2 critérios maiores <input type="checkbox"/> 1 maior e 3 menores <input type="checkbox"/> 5 menores
<input type="checkbox"/> Diagnóstico Possível	Achados consistentes com endocardite infecciosa que não são suficientes para o diagnóstico "Definitivo" mas também não sejam compatíveis com "Rejeitado".
<input type="checkbox"/> Diagnóstico Rejeitado	<input type="checkbox"/> Outro diagnóstico alternativo <input type="checkbox"/> Resolução das manifestações com tto < 4 dias <input type="checkbox"/> Sem evidência de EI na cirurgia ou necrópsia após tto < 4 dias
<input type="checkbox"/> Critérios maiores	<input type="checkbox"/> Hemoculturas <input type="checkbox"/> hemocultura com germe típico de EI 2 amostras separadas <small>Estreptococos do grupo viridans, Streptococcus bovis, grupo HACEK, ou S. aureus ou enterococo adquirido na comunidade, na ausência de um foco primário,</small> <input type="checkbox"/> hemoculturas persistentemente positivas - isolamento de um microrganismo consistente com EI: (i) Amostras colhidas com intervalo maior do que 12 horas, ou (ii) Todas de três ou a maioria de quatro ou mais amostras separadas, sendo a primeira amostra colhida com um intervalo de pelo menos uma hora de diferença da última <input type="checkbox"/> Evidência de comprometimento endocárdico <input type="checkbox"/> Ecocardiograma positivo para endocardite infecciosa. (i) Massa intracardiaca oscilante, sobre a válvula ou suas estruturas de suporte, ou no trajeto dos jatos regurgitantes, ou em material implantado, na ausência de uma explicação anatomica alternativa, ou (ii) Abscessos, ou (iii) Válvula protética apresentando deiscência parcial que não existia previamente, ou Regurgitação valvar que não existia previamente (aumento ou mudança no sopro que já existia previamente não é suficiente)
<input type="checkbox"/> Critérios menores	<input type="checkbox"/> Predisposição: condição cardíaca predisponente ou uso de droga IV <input type="checkbox"/> Febre: maior ou igual 38,0°C <input type="checkbox"/> Fenômenos vasculares: embolo arterial grande, infartos septicos pulmonares, hemorragia intracraniana, hemorragia conjuntival, lesões de Janeway <input type="checkbox"/> Fenômenos imunológicos: glomerulonefrite, Osler, Roth, fator reumatoide. <input type="checkbox"/> hemoculturas positivas mas não satisfazendo os "critérios maiores" mencionados previamente # ou evidencias sorológicas de infecção ativa com organismos consistentes com endocardite infecciosa <input type="checkbox"/> Eco consistente com EI, mas não com critérios maiores

Excluindo hemoculturas unicas de estafilococos coagulase-neg e organismos que não causam endocardite.

ANEXO II:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento lhe dará informações e pedira o seu consentimento para participar de uma pesquisa planejada por pesquisadores da Universidade de Duke na Carolina do Norte, Estados Unidos da América, e que está sendo desenvolvida em vários países.

Esta pesquisa tem como objetivo acumular informações a respeito de pacientes com endocardite infecciosa para que, com isso possa se conhecer melhor esta doença permitindo com que, no futuro, outros pacientes possam se beneficiar deste conhecimento.

A pesquisa será conduzida através de questionários sobre exames clínicos e laboratoriais e tratamento, estas informações poderão ser obtidas através de entrevistas com o paciente ou por consulta do prontuário médico do paciente. Os pacientes receberão cuidado médico de rotina determinado pelo seu médico assistente, o fato de participar deste estudo não acarretará na realização de procedimentos e ou intervenções diagnósticas ou terapêuticas diferentes das que fazem parte da rotina diagnóstica e terapêutica deste hospital.

Esclarecemos que não há risco decorrente de sua participação e que não há remuneração ou recompensa de qualquer espécie decorrente da participação do estudo.

Voce tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a

participar ou interromper sua participação a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

As informações que serão coletadas serão mantidas em sigilo e não serão divulgadas em qualquer hipótese, sendo apresentados em conjunto, não sendo possível a identificação dos indivíduos que participaram do estudo.

Caso tenha alguma dúvida ou queira qualquer esclarecimento, sinta-se a vontade de ligar para Dr Cláudio Querido Fortes Tel. 93996751.

Declaro estar ciente das informações deste Termo de Consentimento e concordo em participar desta pesquisa.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2016

Nome _____ do _____ participante:

Assinatura _____ do _____ participante:

Nome do coordenador: Claudio Querido Fortes

Coordenador _____ da _____ Pesquisa: