

Registro de Doenças Pulmonares relacionadas ao uso de Dispositivos Eletrônicos para Fumar (DEF)

Este formulário tem por objetivo compilar os dados de danos ao sistema respiratório decorrentes do uso de Dispositivos Eletrônicos para Fumar - E-cigarette, or vaping, product use associated lung injury (EVALI).

Existem vários tipos de DEF, tais como cigarros eletrônicos com sistema aberto (onde a pessoa manipula os líquidos a serem utilizados), com sistema fechado (refis padronizados e fechados), com tabaco aquecido (dispositivo eletrônico utilizado com refil de folhas de tabaco), com sistema fechado tipo "pod" (semelhantes a pen drives), vaporizadores de ervas, dentre outros.

Os dados são sigilosos e serão utilizados, única e exclusivamente, para análises científicas e sanitárias que ajudarão nas políticas públicas de controle do tabagismo.

Solicitamos que preencha todos os itens, marcando inclusive na opção "não informado" ou "sem informações disponíveis" onde couber.

Doutor, agradecemos muito a sua colaboração. Ela será fundamental para mapearmos os casos suspeitos e confirmados da EVALI em nosso país.

* Required

1. **Email address ***

Dados do médico e da instituição responsável pelo atendimento.

2. **1. Nome completo do médico (sem abreviações). ***

3. **2. CRM (do estado onde o atendimento foi realizado). ***
(ex. informar número do registro no Estado)

4. **3. Especialidade médica. ***

5. **4. Telefone de contato do médico. ***
(ex. informar informar número com DDD)

6. **5. Estado onde o médico fez o atendimento. ***

7. **6. Município (onde o atendimento foi realizado). ***

8. **7. Insira o nome da instituição onde o atendimento foi realizado? ***

9. **8. Qual o tipo de convênio? ***

Mark only one oval.

- Serviço público (SUS)
 Serviço privado
 Serviço filantrópico

10. **9. Informe a data da notificação. ***

Example: December 15, 2012

Dados do paciente

11. **10. Nome completo do paciente (sem abreviações). ***

12. **11. Número do prontuário. ***

13. **12. Número do cartão SUS (caso o paciente possua).**

14. **13. Número do CPF. ***

15. **14. Data de nascimento. ***

Example: December 15, 2012

16. **15. Sexo. ***
Mark only one oval.

1. Mulher
 2. Homem

17. **16. Telefone(s) residencial e/ou celular do paciente para eventual contato, com DDD. ***

Avaliação Clínica no 1º Atendimento

18.

17. Sintomas presentes na primeira consulta (aceita mais de uma resposta). *

Check all that apply.

- 1. Febre
- 2. Tosse
- 3. Falta de ar
- 4. Dor no peito
- 5. Náusea
- 6. Vômito
- 7. Diarreia
- 8. Fadiga
- 9. Dor na garganta
- 10. Dores musculares
- 11. Dor de cabeça

19.

18. O paciente fez uso de DEF nos últimos 90 dias, antes de os sintomas aparecerem? *

Mark only one oval.

- 1. Não
- 2. Sim
- 99. Não informado

20.

19. Caso (+) em quanto tempo a partir do uso inicial do produto apareceram os sintomas? *

Mark only one oval.

- 1. Nas últimas 24 horas
- 2. Há 1 semana
- 3. Há 2 semanas
- 4. Há 3 semanas
- 5. Há 4 semanas
- 6. Entre 1- 3 meses
- 7. Entre 3 - 6 meses
- 8. Entre 6 - 12 meses
- 9. Há mais de 1 ano
- 10. Não sabe precisar o tempo
- 99. Não informado

Dados relacionados ao produto

Descrição do conteúdo do rótulo da embalagem do produto

21.

20. Qual foi a marca do Dispositivo Eletrônico para Fumar (DEF) utilizado nos últimos 90 dias? (caso não saiba, identifique como desconhecido). *

22.

21. Qual o tipo de DEF informado na pergunta 20? *

Mark only one oval.

- 1. Sistema aberto (onde a pessoa manipula o conteúdo do tanque, acrescentando uma ou mais substâncias)
- 2. Sistema pod (dispositivo que se assemelha a um "pen drive" e que apresenta refis padronizados)
- 3. Tabaco aquecido (dispositivo eletrônico que apresenta um refil semelhante ao cigarro, feito de folhas de tabaco)
- 99. Não informado
- Other: _____

23.

22. Quais substâncias foram utilizadas no Dispositivo informado acima? (aceita mais de uma resposta) *

Check all that apply.

- 1. Nicotina
- 2. Aromas e sabores
- 3. Tetrahydrocannabinol (THC)
- 4. Outras substâncias
- 99. Não sabe informar a composição/não tem certeza
- Other: _____

24.

23. No caso de uso de Dispositivo Eletrônico com outras substâncias, informe qual (is). *

25.

24. O paciente tem a foto do produto? *

Mark only one oval.

- Sim (Caso afirmativo, envie a imagem para o email ggtab@anvisa.gov.br ou anexe a foto à Seção 9)
- Não

26.

25. Como adquiriu o Dispositivo (equipamento)? (aceita mais de uma resposta).

Check all that apply.

1. Loja física 2. Internet 3. Outro fornecedor 99. Não informado

	1. Loja física	2. Internet	3. Outro fornecedor	99. Não informado
Brasil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EUA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Europa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
América do Sul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro continente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27.

26. Onde comprou o líquido ou refil para o uso do produto? (aceita mais de uma resposta).

Check all that apply.

1. Loja física 2. Internet 3. Outro fornecedor 99. Não informado

	1. Loja física	2. Internet	3. Outro fornecedor	99. Não informado
1. Brasil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. EUA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Europa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. América do Sul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Outro continente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28.

27. Havia descrição da concentração (% ou mg) de nicotina no rótulo da embalagem do líquido? *

*

Mark only one oval.

- 1. Não
- 2. Sim
- 3. Não tenho certeza
- 4. Embalagem não disponível
- 99. Não informado

29. **28. Se sim, qual a concentração? Importante identificar a concentração de nicotina em % ou mg (caso não saiba, identifique como desconhecido). ***
-

30. **29. Havia descrição da concentração (% ou mg) de Tetrahydrocannabinol - THC no rótulo da embalagem do líquido? ***

Mark only one oval.

1. Não
2. Sim
3. Não tenho certeza
4. Embalagem não disponível
99. Não informado

31. **30. Se sim, qual a concentração? Importante identificar a concentração de THC em % ou mg (caso não saiba, identifique como desconhecido). ***
-

Exames e evolução clínica

32. **31. Qual foi o nível de saturação de O₂ observado na entrada do paciente? ***

Mark only one oval.

1. Maior ou igual a 95%
2. Entre 94-92%
3. Entre 92-90%
4. Entre 90-86%
5. Menor ou igual a 85%
99. Não informado

33. **32. Tipo de atendimento médico. ***

Mark only one oval.

1. Acompanhamento ambulatorial
2. Internação hospitalar SEM UTI/CTI
3. Internação hospitalar COM UTI/CTI

34. **33. Necessitou de assistência ventilatória? ***

Mark only one oval.

1. Não
2. Sim, não invasiva
3. Sim, invasiva (intubação)

35. **34. Realizou exame para diagnóstico com imagem? ***

Mark only one oval.

1. Não
2. Sim, RX Tórax somente
3. Sim, TC Tórax somente
4. Sim, RX Tórax inicial e TC Tórax posteriormente
99. Não informado

36.

35. Realizou procedimento invasivo para diagnóstico? (caso +), aceita mais de uma alternativa)

*

Check all that apply.

- 1. Não
- 2. Sim, broncoscopia com lavado broncoalveolar
- 3. Sim, broncoscopia com biópsia transbrônquica
- 4. Sim, biópsia pulmonar cirúrgica
- 5. Sim, outro procedimento invasivo

37.

36. Foi realizado estudo anátomo patológico pulmonar? *

Mark only one oval.

- 1. Não
- 2. Sim (por favor envie, cópia do laudo para o email: gqtab@anvisa.gov.br)

38.

37. Durante o acompanhamento, houve controle de quadros de possíveis infecções/comorbidades? (Em caso +), aceita mais de uma alternativa) *

Check all that apply.

- 1. Sim, com prescrição de antirretrovirais para possível influenza
- 2. Sim, com prescrição de antibióticos para pneumonia comunitária
- 3. Não houve quadro de influenza ou de pneumonia comunitária
- 99. Não informado

39.

38. Qual o protocolo de tratamento instituído? (aceita mais de uma alternativa) *

Check all that apply.

- 1. Corticóides
- 2. Antibióticos
- 3. Antivirais
- 4. Oxigenioterapia
- 5. Outros

40.

39. Tempo de internação (em dias)? *

(ex. 15 dias)

41.

40. Diagnóstico(s) na alta. *

Mark only one oval.

- 1. Pneumonia por hipersensibilidade
- 2. Pneumonia infecciosa
- 3. BOOP
- 4. Pneumonia lipóidica
- 5. Pneumonia eosinofílica
- 6. Outros
- 99. Não informado

42.

41. Apresentou sintomas de síndrome de abstinência à nicotina ou cannabis? *

Check all that apply.

1. Não 2. Sim

1. Nicotina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. **42. O paciente foi aconselhado pelo médico a interromper o uso de cigarros eletrônicos ou produtos para vaping? ***

Mark only one oval.

1. Não
 2. Sim
 99. Não informado

44. **43. Foi encaminhado para tratamento de dependência química (nicotina e/ou cannabis)? ***

Check all that apply.

	1. Não	2. Sim	3. Paciente recusou ajuda
1. Nicotina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. **44. Qual foi o desfecho? ***

Mark only one oval.

1. Alta sem sequelas respiratórias
 2. Alta com sequelas respiratórias
 3. Óbito

46. **45. Em caso de alta com sequelas respiratórias, houve necessidade de: (aceita mais de uma alternativa). ***

Check all that apply.

1. Antibioticoterapia
 2. Corticóide oral por longo período
 3. Suporte de oxigenoterapia domiciliar
 4. Transplante pulmonar

47. **46. Após alta foi encaminhado para acompanhamento médico com pneumologista ou clínico? ***

Mark only one oval.

1. Não
 2. Sim
 99. Não informado

48. **47. Houve necessidade de reinternação? ***

Mark only one oval.

1. Não
 2. Sim
 99. Não informado

49. **48. Se sim, qual o motivo da reinternação? (aceita mais de uma alternativa). ***

Check all that apply.

1. Agravamento do quadro de angústia respiratória
 2. Complicação por pneumonia comunitária
 3. Complicação por quadro de Influenza
 4. Outro motivo/complicação
 99. Não informado

Dados sobre uso de nicotina ou outras substâncias

Informar o uso de outros produtos, além daquele já descrito na Seção 5.

50.

49. Fumante de cigarro tradicional? *

Mark only one oval.

- 1. Não
- 2. Sim, fumante atual
- 4. Ex fumante
- 99. Não informado

51.

50. Há quantos anos fuma ou fumou cigarro tradicional? *

(ex. 20 anos)

52.

51. Quantos cigarros fuma ou fumava por dia? *

(ex. 20 cigarros/dia)

53.

52. Faz ou fez uso de algum outro Dispositivo Eletrônico para Fumar, além do informado na pergunta 19? *

Mark only one oval.

- Sim
- Não
- Other: _____

54.

53. Caso (+), qual (quais) a (s) marca (s)? *

55.

54. Este outro Dispositivo Eletrônico para Fumar contém/continha alguma destas substâncias? (aceita mais de uma resposta) *

Check all that apply.

- 1. Nicotina
- 2. Aromas e sabores
- 3. Tetrahydrocannabinol (THC)
- 4. Outras substâncias
- 5. Não uso outro Dispositivo Eletrônico para fumar
- 99. Não sabe informar a composição/não tem certeza
- Other: _____

56.

55. No caso de uso de Dispositivo Eletrônico com outras substâncias, informe qual (is). *

57.

56. Faz ou fez uso de narguilé que continha alguma destas substâncias? (aceita mais de uma resposta) *

Check all that apply.

- 1. Nicotina
- 2. Aromas e sabores
- 3. Tetrahydrocannabinol (THC)
- 4. Bebida alcoólica
- 5. Outras substâncias
- 6. Nunca fiz uso de narguilé
- 99. Não sabe informar a composição/não tem certeza

58.

57. No caso de uso de narguilé com outras substâncias, informe qual (is). *

59.

58. Faz ou fez uso de outro (s) produto (s) fumígeno (s)? (aceita mais de uma resposta) *

Check all that apply.

- 1. Cigarro enrolado à mão (fumo de rolo/palha, fumo industrializado, fumo artesanal)
- 2. Tabaco orgânico
- 3. Charuto
- 4. Cigarrilha
- 5. Cachimbo
- 6. Cigarro de cravo (Kretek)
- 7. Tabaco sem fumaça (rapé, mascado, snus)
- 8. Não usei outro produto fumígeno
- 99. Não informado
- Other: _____

Comentários adicionais

Nesta seção podem ser descritas informações que o (a) médico (a) julgar pertinentes e que não tenham sido relatadas ao longo do formulário.

60.

59. Descreva o comentário ou informação adicional

Arquivos

61.

60. Adicione Imagem ou documento (se desejar)

Files submitted: