

Essa ficha deverá ser preenchida **imediatamente** após a randomização do participante seguindo as orientações e os dados disponíveis na Ficha **Informações da Randomização** do RedCap. Seu uso é individual e as referências aqui contidas deverão ser utilizadas durante a condução do estudo.

## Ficha de Referência - Estudo NoVa

### GRUPO VASOPRESSINA DE RESGATE

ID no Estudo: \_\_\_\_\_ Iniciais do Paciente: \_\_\_\_\_ Data e hora: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Esse deverá ser o peso utilizado para todos os cálculos de doses de Noradrenalina utilizados no estudo



#### IMPORTANTE

-  Checar uso obrigatório corticóides conforme o protocolo
-  Definir PAm alvo. Sugestão: 65-75 mmHg
-  Atentar para desmame dos vasopressores

## INÍCIO DA VASOPRESSINA

A vasopressina de resgate deverá ser iniciada somente quando a Dose de noradrenalina for  $\geq 0.5\mu\text{g}/\text{Kg}/\text{min}$  ( **siga o fluxograma do estudo no verso**). Abaixo constam as doses calculadas de noradrenalina em ml/h para o peso do paciente no estudo.

### Diluições mais utilizada de Noradrenalina

Diluição	Vasopressina deve ser iniciada se Noradrenalina ultrapassar a dose de:
Volume Total da solução: 250ml Noradrenalina na solução: <b>16mg OU 4 ampolas</b>	ml/h
Volume Total da solução: 250ml Noradrenalina na solução: <b>32mg OU 8 ampolas</b>	ml/h
Volume Total da solução: 250ml Noradrenalina na solução: <b>8mg OU 2 ampolas</b>	ml/h
Volume Total da solução: _____ ml	ml/h
Noradrenalina na solução: _____ mg OU _____ ampolas	ml/h

### Checklist Pós Inclusão

- Preenchimento dos dados acima
- Prescrição de corticoide conforme protocolo (Hidrocortisona ao menos 200mg/dia ou equivalente)
- Identificação na bomba de infusão da noradrenalina com tag **GRUPO VASOPRESSINA DE RESGATE**
- Alinhamento com equipes assistenciais da UTI que a vasopressina somente será iniciada se dose de noradrenalina  $> 0.5\mu\text{g}/\text{Kg}/\text{min}$  (vide fluxograma no verso)

### Eventos Adversos de Interesse Especial

O Estudo NoVa contempla os desfechos de arritmias cardíacas e fenômenos isquêmicos como desfechos de interesse. É essencial a documentação em prontuário médico da ocorrência desses eventos. Utilize o guia abaixo para auxiliar nesse preenchimento.



**ATENÇÃO:** As datas abaixo correspondem ao dia do estudo, onde o **Dia 1 é a data da randomização**

Marque abaixo os dias do estudo em que o paciente apresentou arritmia cardíaca (Fibrilação Atrial; Flutter; Taquicardia supra ventricular; Taquicardia Ventricular; Bloqueio Atrio-Ventricular; Outras).

<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>	14
<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>	18	<input type="checkbox"/>	19	<input type="checkbox"/>	20	<input type="checkbox"/>	21
<input type="checkbox"/>	22	<input type="checkbox"/>	23	<input type="checkbox"/>	24	<input type="checkbox"/>	25	<input type="checkbox"/>	26	<input type="checkbox"/>	27	<input type="checkbox"/>	28

Essa ficha deverá ser preenchida com os dados de sinais vitais e dose de vasopressores das primeiras 120h após a inclusão do paciente no estudo. Você deverá transcrever os valores dessa ficha para um formulário específico do RedCap. Essa ficha deverá ser preenchida **imediatamente** após a randomização seguindo as orientações da Ficha **Informações da Randomização**. **Importante:** Se o participante estiver fazendo uso de noradrenalina, certifique-se de checar a diluição.

## Sinais vitais e doses de vasopressores

Data e Hora	FC	PA	Vasopressina <small>Dose em ml/h ou U/min</small>	Noradrenalina <small>Dose em ml/h ou µg/Kg/min</small>	Diluição da Nora
___/___/___ :___ Randomização + 6h			___ ml/h ___ U/min <input type="checkbox"/> Sem uso	___ ml/h ___ µg/Kg/min <input type="checkbox"/> Sem uso	<input type="checkbox"/> 4 amp 250ml <input type="checkbox"/> 8 amp 250ml <input type="checkbox"/> 2 amp 250ml <input type="checkbox"/> Outra: ___amp ___ml
___/___/___ :___ Randomização + 12h			___ ml/h ___ U/min <input type="checkbox"/> Sem uso	___ ml/h ___ µg/Kg/min <input type="checkbox"/> Sem uso	<input type="checkbox"/> 4 amp 250ml <input type="checkbox"/> 8 amp 250ml <input type="checkbox"/> 2 amp 250ml <input type="checkbox"/> Outra: ___amp ___ml
___/___/___ :___ Randomização + 18h			___ ml/h ___ U/min <input type="checkbox"/> Sem uso	___ ml/h ___ µg/Kg/min <input type="checkbox"/> Sem uso	<input type="checkbox"/> 4 amp 250ml <input type="checkbox"/> 8 amp 250ml <input type="checkbox"/> 2 amp 250ml <input type="checkbox"/> Outra: ___amp ___ml
___/___/___ :___ Randomização + 24h			___ ml/h ___ U/min <input type="checkbox"/> Sem uso	___ ml/h ___ µg/Kg/min <input type="checkbox"/> Sem uso	<input type="checkbox"/> 4 amp 250ml <input type="checkbox"/> 8 amp 250ml <input type="checkbox"/> 2 amp 250ml <input type="checkbox"/> Outra: ___amp ___ml
___/___/___ :___ Randomização + 36h			___ ml/h ___ U/min <input type="checkbox"/> Sem uso	___ ml/h ___ µg/Kg/min <input type="checkbox"/> Sem uso	<input type="checkbox"/> 4 amp 250ml <input type="checkbox"/> 8 amp 250ml <input type="checkbox"/> 2 amp 250ml <input type="checkbox"/> Outra: ___amp ___ml
___/___/___ :___ Randomização + 48h			___ ml/h ___ U/min <input type="checkbox"/> Sem uso	___ ml/h ___ µg/Kg/min <input type="checkbox"/> Sem uso	<input type="checkbox"/> 4 amp 250ml <input type="checkbox"/> 8 amp 250ml <input type="checkbox"/> 2 amp 250ml <input type="checkbox"/> Outra: ___amp ___ml
___/___/___ :___ Randomização + 60h			___ ml/h ___ U/min <input type="checkbox"/> Sem uso	___ ml/h ___ µg/Kg/min <input type="checkbox"/> Sem uso	<input type="checkbox"/> 4 amp 250ml <input type="checkbox"/> 8 amp 250ml <input type="checkbox"/> 2 amp 250ml <input type="checkbox"/> Outra: ___amp ___ml
___/___/___ :___ Randomização + 72h			___ ml/h ___ U/min <input type="checkbox"/> Sem uso	___ ml/h ___ µg/Kg/min <input type="checkbox"/> Sem uso	<input type="checkbox"/> 4 amp 250ml <input type="checkbox"/> 8 amp 250ml <input type="checkbox"/> 2 amp 250ml <input type="checkbox"/> Outra: ___amp ___ml
___/___/___ :___ Randomização + 84h			___ ml/h ___ U/min <input type="checkbox"/> Sem uso	___ ml/h ___ µg/Kg/min <input type="checkbox"/> Sem uso	<input type="checkbox"/> 4 amp 250ml <input type="checkbox"/> 8 amp 250ml <input type="checkbox"/> 2 amp 250ml <input type="checkbox"/> Outra: ___amp ___ml
___/___/___ :___ Randomização + 96h			___ ml/h ___ U/min <input type="checkbox"/> Sem uso	___ ml/h ___ µg/Kg/min <input type="checkbox"/> Sem uso	<input type="checkbox"/> 4 amp 250ml <input type="checkbox"/> 8 amp 250ml <input type="checkbox"/> 2 amp 250ml <input type="checkbox"/> Outra: ___amp ___ml
___/___/___ :___ Randomização + 108h			___ ml/h ___ U/min <input type="checkbox"/> Sem uso	___ ml/h ___ µg/Kg/min <input type="checkbox"/> Sem uso	<input type="checkbox"/> 4 amp 250ml <input type="checkbox"/> 8 amp 250ml <input type="checkbox"/> 2 amp 250ml <input type="checkbox"/> Outra: ___amp ___ml
___/___/___ :___ Randomização + 120h			___ ml/h ___ U/min <input type="checkbox"/> Sem uso	___ ml/h ___ µg/Kg/min <input type="checkbox"/> Sem uso	<input type="checkbox"/> 4 amp 250ml <input type="checkbox"/> 8 amp 250ml <input type="checkbox"/> 2 amp 250ml <input type="checkbox"/> Outra: ___amp ___ml

Essa ficha deverá ser preenchida com os dados de doses mínimas, máximas, e número de horas de uso diário de cada vasopressor nos 7 primeiros dias do estudo.  
**Importante:** Se o participante estiver fazendo uso de noradrenalina, certifique-se de checar a diluição da mesma.

DIA	VASOPRESSINA				NORADRENALINA				Outros vasopressores	Introtópicos?	
	Duração:	Dose MÁXIMA: Dose em ml/h ou U/min	Dose MÍNIMA: Dose em ml/h ou U/min	Na dose mínima, usando noradrenalina?	Duração:	Dose MÁXIMA: Dose em ml/h ou µg/kg/min	Dose MÍNIMA: Dose em ml/h ou µg/kg/min	Diluição da dose MÁXIMA:			Diluição da dose MÍNIMA:
<b>D1</b> <small>Somente para o D1, considere as doses mínimas e máximas de vasopressina e noradrenalina entre o período de qualificação e a randomização e o final do dia.</small>	<input type="checkbox"/> Continuamente após a randomização <input type="checkbox"/> Usou por _____ h	_____ ml/h _____ U/min <input type="checkbox"/> Sem uso	_____ ml/h _____ U/min <input type="checkbox"/> Sem uso	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Continuamente <input type="checkbox"/> Usou por _____ h	_____ ml/h _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Sem uso	_____ ml/h _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Sem uso	<input type="checkbox"/> 4amp 250ml <input type="checkbox"/> 8amp 250ml <input type="checkbox"/> 2amp 250ml Outra: _____ amp _____ ml	<input type="checkbox"/> 4amp 250ml <input type="checkbox"/> 8amp 250ml <input type="checkbox"/> 2amp 250ml Outra: _____ amp _____ ml	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Se SIM, doses máximas: <input type="checkbox"/> Adrena _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Dopa _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Fenilefrina _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Azul _____ mg/kg/h	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<b>D2</b>	<input type="checkbox"/> Continuamente <input type="checkbox"/> Usou por _____ h	_____ ml/h _____ U/min <input type="checkbox"/> Sem uso	_____ ml/h _____ U/min <input type="checkbox"/> Sem uso	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Continuamente <input type="checkbox"/> Usou por _____ h	_____ ml/h _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Sem uso	_____ ml/h _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Sem uso	<input type="checkbox"/> 4amp 250ml <input type="checkbox"/> 8amp 250ml <input type="checkbox"/> 2amp 250ml Outra: _____ amp _____ ml	<input type="checkbox"/> 4amp 250ml <input type="checkbox"/> 8amp 250ml <input type="checkbox"/> 2amp 250ml Outra: _____ amp _____ ml	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Se SIM, doses máximas: <input type="checkbox"/> Adrena _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Dopa _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Fenilefrina _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Azul _____ mg/kg/h	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<b>D3</b>	<input type="checkbox"/> Continuamente <input type="checkbox"/> Usou por _____ h	_____ ml/h _____ U/min <input type="checkbox"/> Sem uso	_____ ml/h _____ U/min <input type="checkbox"/> Sem uso	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Continuamente <input type="checkbox"/> Usou por _____ h	_____ ml/h _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Sem uso	_____ ml/h _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Sem uso	<input type="checkbox"/> 4amp 250ml <input type="checkbox"/> 8amp 250ml <input type="checkbox"/> 2amp 250ml Outra: _____ amp _____ ml	<input type="checkbox"/> 4amp 250ml <input type="checkbox"/> 8amp 250ml <input type="checkbox"/> 2amp 250ml Outra: _____ amp _____ ml	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Se SIM, doses máximas: <input type="checkbox"/> Adrena _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Dopa _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Fenilefrina _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Azul _____ mg/kg/h	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<b>D4</b>	<input type="checkbox"/> Continuamente <input type="checkbox"/> Usou por _____ h	_____ ml/h _____ U/min <input type="checkbox"/> Sem uso	_____ ml/h _____ U/min <input type="checkbox"/> Sem uso	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Continuamente <input type="checkbox"/> Usou por _____ h	_____ ml/h _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Sem uso	_____ ml/h _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Sem uso	<input type="checkbox"/> 4amp 250ml <input type="checkbox"/> 8amp 250ml <input type="checkbox"/> 2amp 250ml Outra: _____ amp _____ ml	<input type="checkbox"/> 4amp 250ml <input type="checkbox"/> 8amp 250ml <input type="checkbox"/> 2amp 250ml Outra: _____ amp _____ ml	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Se SIM, doses máximas: <input type="checkbox"/> Adrena _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Dopa _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Fenilefrina _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Azul _____ mg/kg/h	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<b>D5</b>	<input type="checkbox"/> Continuamente <input type="checkbox"/> Usou por _____ h	_____ ml/h _____ U/min <input type="checkbox"/> Sem uso	_____ ml/h _____ U/min <input type="checkbox"/> Sem uso	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Continuamente <input type="checkbox"/> Usou por _____ h	_____ ml/h _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Sem uso	_____ ml/h _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Sem uso	<input type="checkbox"/> 4amp 250ml <input type="checkbox"/> 8amp 250ml <input type="checkbox"/> 2amp 250ml Outra: _____ amp _____ ml	<input type="checkbox"/> 4amp 250ml <input type="checkbox"/> 8amp 250ml <input type="checkbox"/> 2amp 250ml Outra: _____ amp _____ ml	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Se SIM, doses máximas: <input type="checkbox"/> Adrena _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Dopa _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Fenilefrina _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Azul _____ mg/kg/h	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<b>D6</b>	<input type="checkbox"/> Continuamente <input type="checkbox"/> Usou por _____ h	_____ ml/h _____ U/min <input type="checkbox"/> Sem uso	_____ ml/h _____ U/min <input type="checkbox"/> Sem uso	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Continuamente <input type="checkbox"/> Usou por _____ h	_____ ml/h _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Sem uso	_____ ml/h _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Sem uso	<input type="checkbox"/> 4amp 250ml <input type="checkbox"/> 8amp 250ml <input type="checkbox"/> 2amp 250ml Outra: _____ amp _____ ml	<input type="checkbox"/> 4amp 250ml <input type="checkbox"/> 8amp 250ml <input type="checkbox"/> 2amp 250ml Outra: _____ amp _____ ml	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Se SIM, doses máximas: <input type="checkbox"/> Adrena _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Dopa _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Fenilefrina _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Azul _____ mg/kg/h	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<b>D7</b>	<input type="checkbox"/> Continuamente <input type="checkbox"/> Usou por _____ h	_____ ml/h _____ U/min <input type="checkbox"/> Sem uso	_____ ml/h _____ U/min <input type="checkbox"/> Sem uso	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Continuamente <input type="checkbox"/> Usou por _____ h	_____ ml/h _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Sem uso	_____ ml/h _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Sem uso	<input type="checkbox"/> 4amp 250ml <input type="checkbox"/> 8amp 250ml <input type="checkbox"/> 2amp 250ml Outra: _____ amp _____ ml	<input type="checkbox"/> 4amp 250ml <input type="checkbox"/> 8amp 250ml <input type="checkbox"/> 2amp 250ml Outra: _____ amp _____ ml	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Se SIM, doses máximas: <input type="checkbox"/> Adrena _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Dopa _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Fenilefrina _____ µg/kg/min <input type="checkbox"/> Azul _____ mg/kg/h	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

