

PRE-START : Registo de Estudo

Formulário de Participante

Código de Identificação: PS – 3 – _____ Data de Visita: ____ - ____ - _____

Esta primeira página corresponde a uma lista de verificação dos itens de preenchimento essencial. Por favor, confirme sempre o seu preenchimento.

DADOS PESSOAIS

Consentimento Informado assinado:

Verificou que o participante corresponde ao código atribuído:

Sexo do(a) jovem: Masculino Feminino

Data de nascimento: Idade:

CRITÉRIO DE INCLUSÃO – Todas as seguintes perguntas devem ter resposta **SIM** para que o jovem seja elegível.

Tem um bom entendimento da língua portuguesa?	S	N
O encarregado de educação assinou o consentimento informado?	S	N
O jovem assentiu?	S	N
O jovem tem entre 12 e 14 anos (inclusivé)?	S	N

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO – A seguinte pergunta deve ter resposta **NÃO** para que o jovem seja elegível.

O jovem tem Diabetes Mellitus Tipo 1 ou Tipo 2	S	N
--	---	---

CRF preenchido por:

Dados CRF introduzidos na base em:

RAÇA/ETNIA – Por favor, indique a opção que melhor descreve a origem étnica do participante e dos seus progenitores.

	Jovem	Mãe	Pai
Europa Ocidental e América do Norte			
Europa de Leste			
Norte de África			
África Sub-Saariana			
América Central e do Sul			
Médio Oriente			
Sudoeste Asiático			
Índia			
China			
Oceânia			
Outro (especifique)			

Guião para formular a questão:

Onde nasceste? _____

Tens alguém da família próxima nascido noutra país?

Quem?

Que
país?

HISTORIA FAMILIAR – Assinale quais os diagnósticos presentes no núcleo familiar. Por favor, quando possível, indique data de diagnóstico.

	Enfarte de Miocárdio	Colesterol Alto	Hipertensão	Diabetes Tipo 1	Diabetes Tipo 2	Outras (detalhar)
Mãe	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	_____ S <input type="checkbox"/> Idade _____
Pai	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	_____ S <input type="checkbox"/> Idade _____
Avôs	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	_____ S <input type="checkbox"/> Idade _____
Avós	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	_____ S <input type="checkbox"/> Idade _____
Irmão 1	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	_____ S <input type="checkbox"/> Idade _____
Irmão 2	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	_____ S <input type="checkbox"/> Idade _____
Irmão 3	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	S <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Idade _____	_____ S <input type="checkbox"/> Idade _____

3 Identificação Participante: PS - 3 -

Preenchido por: _____ Data: _____

HISTORIA CLÍNICA

O jovem esteve alguma vez no hospital?

Não

Sim - detalhar de seguida:

Razão para visita/internamento	Data

O participante está a tomar alguma **medicação por prescrição médica**?

Não, o participante não toma medicação por prescrição médica

Sim - detalhar de seguida:

Medicamento	Dose	Quantas tomas e em que horário?
		__manhã__meio-dia__tarde__noite

O participante toma alguma **medicação de venda livre**?

Não, o participante não toma medicação de venda livre

Sim - detalhar de seguida

Medicamento	Dose	Quantas tomas e em que horário?
		__manhã__meio-dia__tarde__noite

O participante tem reacção alérgica em relação a alguma substância (por exemplo, pólen, penicilina, soja)? (S/N)

Se sim, indicar detalhes

Alergia a	Efeitos?

O jovem teve algumas destas situações?

Marcar desconhecido (Desc.) quando não dispôr de informação.

Condições de Saúde	
Acantose Nigricans	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>
Síndrome de Déficit de Atenção	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>
Dores nas costas	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>
Dificuldade de audição	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>
Hipertensão arterial	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>
Colesterol Alto	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>
Icterícia	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>
Problemas musculó-esqueléticos (ex. articulações)	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>
Apneia do Sono	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>
Síndrome Ovário Policístico	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>
Epilepsia	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>
Problemas cutâneos (ex. Acne)	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>
Ressona quando dorme	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>
Problemas cardíacos Detalhar:	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>
Outros problemas de saúde Detalhar:	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>

HISTORIA PERINATAL – Indicar a informação pedida.

Qual foi o peso do jovem no parto?	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
Qual foi o período gestacional do jovem?	semanas
O jovem foi a primeira gravidez da mãe biológica? Se não foi a primeira, qual?	
A mãe biológica alguma vez teve Diabetes Gestacional (DG)?	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Ind. <input type="checkbox"/>
Se SIM , quantos casos de DG já lhe foram diagnosticados?	
Durante a gestação do jovem participante no estudo teve DG?	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Ind. <input type="checkbox"/>
O jovem foi alimentado com leite materno?	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Ind. <input type="checkbox"/>
Se SIM , por quanto tempo?	
O jovem tem irmão(s) gémeo(s)?	

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS – Registrar a seguinte informação:

Altura	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> m
Peso	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> kg
Perímetro Abdominal	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm
Perímetro do Pescoço	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm
Perímetro do braço	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm
Massa Gorda	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
Massa Magra	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> kg
Massa Muscular	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> kg
Índice Visceral	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

TENSÃO ARTERIAL – Avaliar após 5 minutos de repouso e com 2 minutos de intervalo entre medidas:

Pressão arterial 1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> sistólica	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> diastólica	mmHg	Frequência Cardíaca 1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	bpm
Pressão arterial 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> sistólica	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> diastólica	mmHg	Frequência Cardíaca 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	bpm
Pressão arterial 3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> sistólica	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> diastólica	mmHg	Frequência Cardíaca 3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	bpm

BIOQUÍMICA – Registrar a seguinte informação:

Hora de Registo

 :

O participante está em jejum?

Não

Sim

HbA1c	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> mmo/L	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
Glucose	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> mg/dL	
Triglicéridos	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> mg/dL	
Colesterol Total	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> mmo/L	
HDL-c	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> mmo/L	
LDL-c (calculada)	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> mmo/L	

OBSERVAÇÕES – Registrar outros factos clínicos relevantes.