

# Comorbidade

Record ID (REDCap) (\*)

\_\_\_\_\_

Responsável pelo preenchimento no REDCap (\*)

\_\_\_\_\_

Data do preenchimento no REDCap (\*)

\_\_\_\_\_

Responsável pelo preenchimento em papel (\*)

\_\_\_\_\_

Data do preenchimento em papel (\*)

\_\_\_\_\_

Nº Prontuário/ID Interno (\*)

\_\_\_\_\_

**Este formulário deverá ser preenchido para cada uma das Comorbidades existentes.  
Todos as Comorbidades devem ser informados na terminologia CID-10.  
Campos com (\*) são de preenchimento obrigatório.  
Campos com (+) podem ter mais de uma opção assinalada.**

## Comorbidade

Informe o código CID-10 da comorbidade (\*)

\_\_\_\_\_

Informe o nome da comorbidade (CID-10) (\*)

\_\_\_\_\_

Tempo de diagnóstico (em meses) (\*)

\_\_\_\_\_

O participante é acompanhado em algum outro centro?  
(\*)

Sim  
 Não

Se Sim, informe qual o outro centro (\*)

\_\_\_\_\_

O participante realiza algum tratamento específico  
para essa comorbidade? (\*)

Sim  
 Não

Se Sim, descreva o tratamento (\*)

---

Se sim, informe os medicamentos relacionados à comorbidade utilizados para o paciente (somente o princípio ativo)  
(\*)

---