



UN ESTUDIO ALEATORIZADO DE GLUTAMINA ENTERAL PARA MINIMIZAR LESIONES TÉRMICAS

Clinical trials.gov ID #NCT00985205

Formato electrónico de Reporte de Caso (eCRF)
Hojas de trabajo e instrucciones

[Recuerda que esta versión del manual esta en Español y los nombres en REDCap o CRS están en Ingles.](#)

Por favor dirija sus preguntas a:

Maureen Dansereau

Líder del estudio

Tel: 613-549-6666 ext. 6686

Email: danserem@kgh.kari.NE

7/20/2017

1

Instrucciones Generales	3
Sistema Central de Aleatorización (CRS) dirección en línea	4
Tamizaje de inclusión	5
Tamizaje de exclusión	7
Pre- aleatorización / Aleatorización	9
REDCap™ (Sistema Electrónico de Captura de Datos) dirección web	11
Basal	12
Lista de Comorbilidades	14
Disfunción Orgánica	15
Terapia de reemplazo renal / Ventilación Mecánica Invasiva	17
Intervención del Estudio	19
Monitoreo Diario	21
Pruebas de Laboratorio	23
Evaluación Nutricional / Sincronización	25
Nutrición Diaria	27
Procedimientos Operativos Relacionados a Quemaduras	30
Medicamentos Concomitantes	32
Microbiología	34
Violaciones de Protocolo	36
Información General de Hospitalización	38 - 41
Evaluación de Supervivencia – Mes 6	42
Evaluación de Seguimiento – Mes 6: Registro de Contacto	44
Cuestionarios de Seguimiento – Mes 6	46
Cuestionario SF-36	47-51
Índice Katz: Valoración de las Actividades de la Vida Diaria (AVD)	52
Índice de LAWTON -Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	53 - 54
Confirmación del Investigador	55
Diagrama Lund-Browder: Apéndice 1	57

Instrucciones Generales

El siguiente formato de reporte de caso ha sido desarrollado para asistir al coordinador del estudio (CE) en la recolección de datos en el sitio participante. El CE podrá elegir registrar los datos del expediente medico (documento fuente) en estos formularios antes de ingresar los datos al sistema electrónico de captura de datos ej. REDCap™. El CE podrá elegir registrar los datos en REDCap™ directamente del expediente medico o usar su propia hojas de trabajo. En cualquier método elegido, se aplican las instrucciones en cada pagina que detallan como y cuando los datos se colectan.

Nota: La apariencia y orden de estos formularios podrá variar ligeramente en REDCap™.

1. Para ayudarle con el seguimiento, le recomendamos registrar el numero de aleatorización del paciente en cada hoja de trabajo.
2. En este documento, la **Unidad de Cuidados Agudos (UCA)** se emplea para referir tanto a la Unidad de Cuidados Intensivos y la Unidad de Quemados.
3. El formato de la fecha será: año-mes-día, registrado como aaa-mm-dd. Por ejemplo, Septiembre-8-2015, será registrado como: 2015-09-08.
4. Todos los horarios deben ser registrados basados en 24 horas. La medianoche tiene que ser registrada como 00:00hrs. Diferente al horario militar, el colon es requerido entre la hora y el minuto.
5. Cualquier lugar que seleccione "Otro" (especifique), debe haber un registro en REDCap™ (en el espacio provisto).
6. Los días de estudio se definen a continuación y los datos deben ser recolectados de acuerdo a los días del estudio:
Día de estudio 1= **fecha de admisión a la UCA** (no aleatorización) y tiempo hasta 23:59hrs del mismo día.
Día de estudio 2= el día subsecuente inicia a las 00:00 hasta las 23:59hrs del mismo día.

Ejemplo: Un paciente es admitido a la UCA el 8 de Septiembre del 2015 a las 4:00pm (16:00). El día de estudio seria:

Día de estudio 1 = 2015-09-08 desde las 16:00 hasta las 23:59 de la misma fecha (2015-09-08)

Día de estudio 2 = 2015-09-09 desde las 00:00 a las 23:59 del 2015-09-09 (misma fecha)

7. La duración y frecuencia de la recolección de datos será variada en cada hoja de registro, descrito a continuación
A registrar solo una vez: Unidades de laboratorios, Basales, Disfunción Orgánica, Descripción general de la hospitalización, Seguimiento al sexto mes incluyendo la evaluación de supervivencia, SF-36, AVD, EAIVD

A recolectarse una vez y luego adicionalmente con cada ocurrencia: Intervención del Estudio, Evaluación Nutricional/ Sincronización.

Se recolectaran diariamente desde la aleatorización hasta ≥ 7 días post del ultimo injerto exitoso o hasta su alta de la UCA, o a los 3 meses de su admisión a la UCA, cualquiera que ocurra primero:

Monitoreo diario (dosis de intervención recibida)

A ser recolectada diariamente hasta ≥ 10 días post ultimo injerto exitoso (intervención finalizada + 3 días), hasta su alta de la UCA, o a los 3 meses de su admisión a la UCA, cualquiera que ocurra primero:

Medicamentos concomitantes

A ser recolectada diariamente a partir del día de estudio 1 hasta el día de estudio 14 y después una vez por semana:

Formulario de laboratorio

A ser recolectada desde el día de estudio 1 hasta día de estudio 12: Formulario de Nutrición diaria incluyendo laboratorios

Sera recolectada en cada ocurrencia: Procedimientos Operativos Relacionados a Quemaduras, Ventilación Mecánica, Terapia de Reemplazo Renal, Microbiología (bacteremias Gram-negativa), Violaciones al Protocolo, Eventos Adversos Graves

Diríjase a las instrucciones específicas para cada hoja de trabajo.

8. Habrán ocasiones en que los datos no estén disponibles, no apliquen o no se conozcan. Las mediciones no sean tomadas, la prueba no realizada, o los datos no existan del documento fuente.

Ejemplo: la prueba de Bilirubina-T no fue realizada en un día en particular.

Si los datos **'No están disponibles'** por cualquier motivo, debes seleccionar ' No disponible' para indicarlo

Sistema Central de Aleatorización (CRS)

Acceda al CRS en la siguiente dirección web:

- <https://ceru.hpcvl.queensu.ca/CRS/>
- Registre todos los pacientes que cumplan Criterios de Inclusión
- Las siguientes paginas (4 - 10) mencionan los datos a registrar en el Sistema Central de Aleatorización (CRS).

Presenta Criterios de Inclusión	Presenta Criterios de Exclusión	Consentimiento Informado Otorgado	Registrado en CRS	Comentarios
X	X	No proceda con la obtención del consentimiento informado, ya que no cumple los criterios de inclusión	X	
●	●	No proceda con la obtención del consentimiento informado, ya que cumple criterio de exclusión	●	Paciente inelegible
●	X	●	●	Paciente aleatorizado
●	X	X	●	Paciente elegible pero no aleatorizado

Tamizaje – Instrucciones de Inclusión

Criterios de Inclusión	Solo pacientes que cumplan los criterios de inclusión serán registrados en el Sistema Central de Aleatorización (CRS). La elegibilidad debe ser confirmada por el Investigador del Sitio /o Sub-Investigador antes de la aleatorización.					
1. Presencia de quemadura de segundo y/o tercer grado que requiera injerto de piel	<p>La presencia de quemadura profunda de segundo y tercer grado que requiera injerto de piel es una evaluación que debe ser confirmada por el Investigador del Sitio o Sub-Investigador</p> <table border="1" data-bbox="384 542 1336 929"> <tr> <td data-bbox="384 542 858 662">Las siguientes lesiones por quemadura <u>cumplen</u> este criterio</td> <td data-bbox="858 542 1336 662">Las siguientes lesiones por quemaduras no cumplen este criterio</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 662 858 929"> Lesiones por quemaduras térmicas: <ul style="list-style-type: none"> • Escaldadura • Fuego (incluye Llama y Relámpago) • Radiación • Químico • Desconocido • Otra especificar _____ </td> <td data-bbox="858 662 1336 929"> NO incluir ninguna de las siguientes lesiones: <ul style="list-style-type: none"> • Contacto eléctrico de alto voltaje (ver criterio de exclusión # 7). • Quemaduras por frio • Síndrome de Stevens-Johnson (SJS) • Necrosis epidérmica tóxica (TNE) </td> </tr> </table>		Las siguientes lesiones por quemadura <u>cumplen</u> este criterio	Las siguientes lesiones por quemaduras no cumplen este criterio	Lesiones por quemaduras térmicas: <ul style="list-style-type: none"> • Escaldadura • Fuego (incluye Llama y Relámpago) • Radiación • Químico • Desconocido • Otra especificar _____ 	NO incluir ninguna de las siguientes lesiones: <ul style="list-style-type: none"> • Contacto eléctrico de alto voltaje (ver criterio de exclusión # 7). • Quemaduras por frio • Síndrome de Stevens-Johnson (SJS) • Necrosis epidérmica tóxica (TNE)
Las siguientes lesiones por quemadura <u>cumplen</u> este criterio	Las siguientes lesiones por quemaduras no cumplen este criterio					
Lesiones por quemaduras térmicas: <ul style="list-style-type: none"> • Escaldadura • Fuego (incluye Llama y Relámpago) • Radiación • Químico • Desconocido • Otra especificar _____ 	NO incluir ninguna de las siguientes lesiones: <ul style="list-style-type: none"> • Contacto eléctrico de alto voltaje (ver criterio de exclusión # 7). • Quemaduras por frio • Síndrome de Stevens-Johnson (SJS) • Necrosis epidérmica tóxica (TNE) 					
2. El paciente cumple con alguno de los 4 siguientes criterios:	<p>Esta evaluación debe ser confirmada por el Investigador del Sitio o Sub-Investigador basado en su juicio clínico. Marque solo un cuadro para indicar cual de los siguientes criterios se cumple.</p> <p>Requerimientos de elegibilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Edad 18-39 años con SCTQ \geq 20% b) Edad 18-39 años con SCTQ \geq 15% y lesión por inhalación c) Edad 40-59 años con SCTQ \geq 15% d) Edad \geq60 años con SCTQ \geq 10% 					
<p>El Consentimiento Informado debe ser obtenido entre las primeras 72 horas de ser admitido a la UCA Refiérase a los criterios de exclusión para mas detalles</p>						

Tamizaje- Inclusión

Criterio de Inclusión

<p>1. Presencia de quemaduras profundas de segundo y tercer grado que requieran injerto de piel</p>	<p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
<p>2. Paciente cumple con uno de los siguientes 4 criterios</p> <p>A) Edad 18-39 años con SCTQ \geq 20%</p> <p>B) Edad 18-39 años con SCTQ \geq 15% con lesión por inhalación</p> <p>C) Edad 40-59 años con SCTQ \geq 15%</p> <p>D) Edad \geq60 años con SCTQ \geq 10%</p>	<p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d.</p>

Tamizaje– Instrucciones de Exclusión

Registra todos los criterios de exclusión que cumpla el paciente. Si uno de los doce criterios siguientes se cumplen, entonces el paciente **NO ES ELEGIBLE**

1. > 72 horas de la admisión a la Unidad de Cuidados Agudos (UCA) al tiempo del Consentimiento

Este punto se refiere a la admisión a la UCA. Si un paciente es transferido de otra instalación, el reloj comienza desde el momento de la admisión a su unidad. Una excepción sería si un paciente ha estado en otra institución por un período de tiempo prolongado, después de la quemadura, antes de ser admitido en su unidad.

2. Pacientes menores a los 18 años de edad

No existe un límite máximo de edad para reclutar al estudio

3. Insuficiencia Renal:

- En pacientes **sin conocimiento de enfermedad renal**: Insuficiencia renal definida por creatinina sérica > 171 $\mu\text{mol/lit}$ o >1.93 mg/dL o un excreción de orina menor a 500 mL/últimas 24h, (o <80 mL/últimas 4 horas, si un periodo de observación de 24 h no está disponible).
- En pacientes con **falla renal crónica agudizada (pre-diálisis)**: un aumento de creatinina absoluto > 80 $\mu\text{mol/lit}$ o >0.9 mg/dL basal o previo a la admisión **O** excreción de orina <500 mL/de las últimas 24 horas (o <80 mL/últimas 4 horas).
- Pacientes con falla renal crónica en diálisis serán excluidos.

4. Cirrosis Hepática: Child-Pugh enfermedad hepática Clase C (vea la siguiente tabla)

El Child-Pugh Clase C se obtiene añadiendo los valores de los 5 criterios de esta tabla

Cualquier paciente que tenga un puntaje de 10-15 esta dentro del grupo (Insuficiencia hepática severa) lo que se considera como criterio de exclusión para este estudio

- Tipo A: 5 – 6 puntos
- Tipo B: 7 – 9 puntos
- Tipo C: 10 – 15 puntos

Criterios Clínicos y de Laboratorio	Puntaje		
	1	2	3
Bilirrubina total unidades	< 2mg/dL or < 34 $\mu\text{mol/L}$	2 - 3 mg/dL or 34 – 51 $\mu\text{mol/L}$	> 3 mg/dL or > 51 $\mu\text{mol/L}$
Albumina sérica unidades	> 3.5 g/dL or > 35 g/L	2.8—3.5 g/dL 28 – 35 g/L	< 2.8 g/dL or < 28 g/L
Tiempo de protrombina O INR	< 4 segundos < 1.7	4 – 6 segundos 1.7 – 2.3	> 6 segundos > 2.3
Ascitis*	Ausente	Leve	Moderado
Encefalopatía hepática	Ninguno	Moderado	Severo
*Refiérase a resultados del ultrasonido. Si la ascitis ha sido drenada en el pasado, esta se debe considerar como moderada			

5. Embarazo o lactancia

Pruebas de embarazo en orina/sangre serán realizadas en todas las mujeres de edad fértil por cada sitio como parte de una práctica estándar en la UCA)

6. Contra indicación para NE (oclusión o perforación intestinal, lesión traumática abdominal).

7. Pacientes con lesiones por contacto con electricidad de alto voltaje. **NOTA:** quemaduras térmicas externas por electrocución de bajo voltaje son aceptables para el estudio.

8. Pacientes moribundos (no se espera que sobreviva las próximas 72horas).

9. Pacientes con tamaño corporal extremo: IMC < 18 o > 50 kg/m²

10. Reclutado en otro estudio patrocinado por la industria de intervención en la UCA

(co-reclutado en estudios académicos será considerado en caso a caso).

11. Recibir suplementos de glutamina (continuamente) por > 24h antes de la aleatorización.

Este punto se refiere ala glutamina regular administrada por un periodo de 24horas o mas antes de la aleatorización

12. Conocimiento de alergias a la maltodextrina, maicena, almidón de maíz, maíz, productos del maíz o glutamina.

Si el paciente cumple todos los criterios de inclusión y NO cumple algún criterio de exclusión, el paciente es elegible para aleatorización y puedes proceder al formato de Pre-aleatorización o Aleatorización

Tamizaje de Exclusión

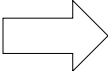
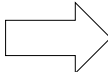
Criterios de Exclusión

1. >72 h desde el ingreso a la (tu) Unidad de Cuidados Agudos hasta la hora del consentimiento informado.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2. Pacientes menores de 18 años de edad.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
3. Insuficiencia renal. - En pacientes sin conocimiento de enfermedad renal: Insuficiencia renal definida por creatinina sérica > 171 $\mu\text{mol/L}$ o >1.93 mg/dL o excreción de orina menor a 500 mL/últimas 24h, (o <80 mL/últimas 4 horas si un periodo de observación de 24 h no está disponible) - En pacientes con falla renal crónica agudizada (<u>pre-diálisis</u>): un aumento de creatinina absoluto > 80 $\mu\text{mol/L}$ o >0.9 mg/dL basal o previo a la admisión O excreción de orina <500 mL/de las últimas 24 horas (o <80 mL/últimas 4 horas) - Pacientes con falla renal crónica en diálisis serán excluidos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
4. Cirrosis hepática: Clasificación Child-Pugh C.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
5. Embarazo o mujeres en lactancia (pruebas de embarazo en orina/sangre serán realizadas en todas las mujeres de edad fértil por cada sitio como parte de una práctica estándar en la UCA)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
6. Contra indicación para NE (oclusión o perforación intestinal, lesión traumática abdominal).	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
7. Pacientes con lesiones por contacto con electricidad de alto voltaje.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
8. Pacientes moribundos (no se espera que sobreviva las próximas 72horas).	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
9. Pacientes con tamaño corporal extremo: IMC < 18 o > 50 kg/m ²	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
10. Reclutado en otro estudio de intervención en la UCA, patrocinado por la industria (co-reclutado en estudios académicos será considerado en caso a caso).	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
11. Recibir suplementos de glutamina (continuamente) por > 24h antes de la aleatorización.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
12. Conocimiento de alergias a la maltodextrina, maicena, almidón de maíz, maíz, productos del maíz o glutamina.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Instrucciones de Pre-aleatorización / Aleatorización

<p>Instrucciones Generales</p>	<p>El paciente es considerado elegible para aleatorización en el estudio Si cumple con criterios de inclusión Y NO cumple ningún criterio de exclusión.</p> <p>Complete todos los campos como se indico.</p>
<p>Elegibilidad del paciente confirmada por MD</p>	<p>Confirmar la elegibilidad del paciente con el Investigador del Sitio o Sub-Investigador Registre el nombre del medico que confirmo la elegibilidad del paciente. Este individuo deberá estar listado en el Registro de Delegación de Autoridad del Sitio.</p>
<p>Aproximarse para el Consentimiento "Approached for Consent"</p> <p>Motivo por el cual no se procedió al Consentimiento Reason not approached for consent</p>	<p>Se procedió al Consentimiento con el Paciente o persona designada a la toma de decisiones? Seleccione 'SI' o 'NO'. Si selecciono 'NO', elija el motivo por la cual no se procedió a el Consentimiento. Si 'Otro' es elegido, explique el motivo por la cual no se procedió con el Consentimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familiar o persona alternativa designada en la toma de decisiones no disponible / Next of kin or SDM not available • Paciente perdido / Missed patient • Barreras de lenguaje / Language barriers • Dinámicas familiares / Family dynamics • Recomendación del equipo clínico / Recommendation of the clinical team • CRS no disponible / CRS unavailable • Farmacia no disponible / Pharmacy unavailable • Otro, por favor explique / Other, please specify _____
<p>Consentimiento obtenido Consent Obtained</p> <p>Motivo por la cual no se obtuvo el Consentimiento</p>	<p>Se obtuvo el Consentimiento por parte del paciente o de la persona designada a toma de decisiones ? Seleccione 'Si' o 'NO'. Si selecciono 'NO', elija el motivo principal por el cual el consentimiento no se obtuvo. Si se selecciona 'Otro', explique el motivo .</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demasiado abrumado/Too Overwhelmed • No interesado/Not interested • No respondió (el tiempo se termino)/Did not respond (timed out) • Otro, por favor explique/Other, please specify _____
<p>Fecha y hora del Consentimiento Consent Date and Time</p>	<p>Si el consentimiento se obtuvo, registre la fecha y hora de consentimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Registre fecha en este formato ; aaaa/mm/dd ▪ Registre el tiempo usando reloj de 24 horas en formato; hh:mm
<p>Peso y estatura previo a la quemadura Height and Pre-Burn Weight</p>	<p>Registre la altura y el peso del paciente. Grabe hasta dos decimales, por ejemplo. 82,67 kg Introduzca la altura del paciente en centímetros o pulgadas. Seleccione la unidad de medida. Introduzca el peso seco previo a la quemadura del paciente en kilogramos o libras. Seleccione la unidad. Indique cómo se obtuvieron la altura y el peso: Medido (obtenido por una bascula). Estimado (por paciente, familia o profesional de la salud) Desconocido (no hay documentación que indique cómo se obtuvo el valor)</p>
<p>Guarde y Aleatorice</p>	<p>Haga clic en el botón "Guardar" en la parte inferior del formulario de Pre-Aleatorización para la Aleatorización del paciente.</p>
<p>Confirmación de Aleatorización</p>	<p>La pagina de confirmación de Aleatorización mostrara el numero de aleatorización, fecha y hora de aleatorización, peso, estatura, IMC, y peso de dosificación para el paciente</p>

Pre Aleatorización

<p>Confirmaste la elegibilidad del paciente con el Investigador del Sitio o Sub-Investigador? Did you confirm eligibility of the patient with the site investigator, or sub-investigator?</p>	<p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Por favor indica el nombre del medico que confirmo la elegibilidad del paciente</p>	
<p>Fue el paciente /persona designada a la toma de decisiones consentida? Was SDM/patient approached for consent?</p>	<p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Si 'No' por favor indica por que el paciente o PDD no fue consentida (selecciona el principal motivo)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Next of kin or SDM not available - Missed patient - Language barriers - Family dynamics - Recommendation of the clinical team - CRS unavailable - Pharmacy unavailable - Other, please specify 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Familiar/alternativo no disponible <input type="checkbox"/> Paciente perdido <input type="checkbox"/> Barreras de lenguaje <input type="checkbox"/> Dinámica familiares <input type="checkbox"/> Recomendación del equipo clínico <input type="checkbox"/> CRS no disponible <input type="checkbox"/> Farmacia no disponible <input type="checkbox"/> Otro, por favor explique _____
<p>'Si' se obtuvo el Consentimiento por el paciente o PDD</p>	<p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Si 'No' elije el motivo mas importante por el cual consentimiento no fue obtenido (selecciona el motivo principal) - Too Overwhelmed - Not interested - Did not respond (timed out) - Other, please specify</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Demasiado abrumado <input type="checkbox"/> No interesado <input type="checkbox"/> No respondió (fuera de tiempo) <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifica _____
<p>'Si' , registra lo siguiente:</p>	
<p>Fecha de Consentimiento (aaaa-mm-dd)</p>	
<p>Hora de Consentimiento (hh:mm) (reloj de 24 horas)</p>	
<p>Altura _____ <input type="checkbox"/> cm o <input type="checkbox"/> pulgadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medido / measured <input type="checkbox"/> Estimado / estimated <input type="checkbox"/> No conocido / unknown
<p>Peso _____ <input type="checkbox"/> kg o <input type="checkbox"/> lbs</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medido <input type="checkbox"/> Estimado <input type="checkbox"/> No conocido

Aleatorización

Fecha y hora de aleatorización

2 0 _____ : _____
A A A A M M D D H H M M
 (Reloj de 24 horas)

La Farmacia debe ser notificada tan pronto como el paciente sea aleatorizado

Recolección de Datos

REDCap™

(Sistema Electronico de Captura de Datos

REENERGIIZE - Definitive

Acceso a REDCap™ en la siguiente dirección:

<https://ceru.hpcvl.queensu.ca/EDC/redcap/>

Instrucciones Basales

Instrucciones Generales	Complete toda la información seleccionando la casilla apropiada y registrando datos para cada campo como se indica. Estos datos serán registrados una sola vez en al inicio (basal)
Edad	Registre la edad del paciente en años al momento del cribado (pacientes deben ser ≥ 18 años de edad para ser elegibles para participar en el Estudio RE-ENERGIZE)
Genero	Seleccione la casilla apropiada (Femenino o Masculino)
Grupo Étnico	<p>Seleccione de la siguiente lista la etnia apropiada del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiático o isleño del Pacífico • Indio del Este • Negro o afroamericano • Hispano • Nativo • Blanco o caucásico • Otros (especificar)
Puntaje APACHE II	Ve al siguiente sitio web http://www.sfar.org/scores2/apache22.php para calcular el puntaje APACHE II. Registre el puntaje calculado. Use variables de las primeras 24 hrs de haber sido admitido a la UCA. Si las variables de las primeras 24 hrs no están disponibles, use variables fuera de las 24hrs pero que estén cerca de la hora de admisión a la UCA.
Comorbilidades	Seleccione las comorbilidades de la lista provista. Solo deberán ser registradas aquellas comorbilidades encontradas en la lista de taxonomía.
Uso de Tabaco	Indicar si el paciente es fumador o usa tabaco, Si o No. So no es posible obtener esta información, seleccione no disponible.
Admisión Hospitalaria	Registre la fecha y hora de hospitalización. Este es el tiempo inicial de presentación en tu departamento de emergencia, la fecha mas temprana. Si el paciente es admitido directamente a la UCA, esta fecha y hora será la fecha y hora de emisión al hospital. Si la hora de admisión no esta disponible, registre el tiempo de la primer documentación.
Admisión a la UCA	Ingrese la fecha y hora de ingreso de UCA. Si el paciente es ingresado directamente a la UCA, esta fecha y hora son las mismas que la fecha y hora del hospital. Si la hora de admisión no está disponible, ingrese la hora de la primera documentación .
Co-inscripción	¿Está el paciente co-inscrito en otro estudio académico de la UCA ? Si la respuesta es Sí, escriba el (los) nombre (s) del (los) estudio).
Fecha y hora de quemadura	Introduzca la fecha y la hora en que ocurrió la lesión por quemadura. Si el tiempo de registro no está disponible, seleccione 'No hay tiempo disponible'.
Tipo de quemadura	<p>Seleccione el tipo de quemadura que mejor describa la naturaleza de la lesión por quemadura térmica de la siguiente lista (seleccione sólo una). La congelación NO se considera un tipo de quemadura para este estudio.</p> <p>Escaldadura / Scald Fuego (Incluye quemaduras de llama y relámpagos)/ Fire Químico / chemical Radiación / radiation Desconocido / unknow Otros (especificar) / other _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>No incluya Quemaduras eléctricas Congelación Síndrome de Steven-Johnson (SJS) Necrolisis epidérmica tóxica (TNE)</p> </div>
Tamaño de quemadura expresado en % SCTQ	Registre el tamaño total de quemaduras como porcentaje Superficie Corporal Total Quemada (SCTQ). Esta evaluación la realiza el médico / cirujano que lo atiende según su criterio clínico y lo confirma el IS / Sub-I, si no es la misma persona. Registre la SCTQ en el número entero más cercano redondeando de 0.5 y abajo de 0.4; El 26,5% se registra como el 27% y el 26,4% se registra como el 26%.
Resucitación con dosis alta de Vit C	Indique si el paciente recibió dosis altas de vitamina C como parte de su protocolo de reanimación (aproximadamente 66 mg / kg / h) seleccionando "Sí" o "No".

Basal

Edad (años)	Años	
Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Grupo étnico	<input type="checkbox"/> Asiático o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo <input type="checkbox"/> Negro o Afro-American <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico <input type="checkbox"/> Indio del Este <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____ <input type="checkbox"/> Hispano	
APACHE II		
Comorbilidades (‘Sí’, seleccione de la lista que se proporciona en la página siguiente)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Uso de tabaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Disponible	
Fecha y hora de admisión al hospital	(aaaa-mm-dd)	(hh:mm) (reloj de 24hrs)
Fecha y hora de admisión a la UCA	(aaaa-mm-dd)	(hh:mm) (reloj de 24hrs)
¿Este paciente está co-inscrito en otro estudio académico en la UCA?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
‘Si’ por favor especifique		
Fecha y hora de lesión por quemadura	(aaaa-mm-dd)	(hh:mm) (reloj de 24hrs) <input type="checkbox"/> Tiempo no disponible
Tipo de quemadura (Seleccione solo una)	<input type="checkbox"/> Escaldadura <input type="checkbox"/> Fuego (Incluye quemaduras de llama y relámpagos) <input type="checkbox"/> Químico <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____	
Superficie Corporal Total Quemada (SCTQ) expresada en %	%SCTQ (%TBSA)	
¿Recibió el paciente altas dosis de vitamina C como parte de su protocolo de resucitación (Aproximadamente 66 mg / kg / h)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Comorbilidades

Compruebe todas las comorbilidades que aplican.

Si el paciente no tiene comorbilidades, marque "No Comorbilidades".

No Comorbilidades

Miocardio
1. Angina
2. Arritmia
3. Valvular
4. Infarto al miocardio
5. Insuficiencia cardíaca congestiva (o enfermedad cardiaca)

Vascular
6. Hipertensión
7. Enfermedad vascular periférica o Claudicación
8. Enfermedad cerebrovascular (derrame)

Pulmonar
9. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica o enfisema
10. Asma

Neurológico
11. Demencia
12. Hemiplejia (paraplejia)
13. Enfermedad Neurología (esclerosis múltiple o Parkinson 's)

Endocrino
14. Diabetes Tipo I o II
15. Diabetes con daño a órgano diana
16. Obesidad y/o IMC > 30 (peso en kg/(estatura en metros) ²)

Renal
17. Enfermedad renal moderada/severa

Gastrointestinal
18. Enfermedad hepática leve
19. Enfermedad hepática moderada-severa
20. Sangrado GI
21. Intestino inflamado
22. Enfermedad de ulcera péptica
23. Enfermedad gastrointestinal (hernia, reflujo)

Inmune/ Cancer
24. Cualquier Tumor
25. Linfoma
26. Leucemia
27. Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida
28. Tumor sólido metastásico

Psicológico
29. Ansiedad / Trastornos de pánico
30. Depresión

Musculo esquelético
31. Artritis (reumatoides / osteoartritis)
32. Enfermedad degenerativa del disco (enfermedad de espalda, estenosis espinal o dolor de espalda crónico severo)
33. Osteoporosis
34. Enfermedad de tejido conectivo

Varios
35. Insuficiencia visual (cataratas, glaucoma, degeneración mUCAlar)
36. Discapacidad auditiva (muy difícil de oír incluso con audífonos)
37. Abuso de alcohol

Instrucciones Disfunción Orgánica

Instrucciones Generales	Estos datos basales se recogen para la puntuación SOFA. Todos los datos deben ser recolectados Dentro de las primeras 24 horas después de la admisión. Si las fechas no están disponibles dentro de las primeras 24 horas, vaya fuera de las 24 horas. Período y fecha de registro más cercana a la admisión.
Lowest PaO₂/FiO₂ (PF ratio)	<p>Registre la PaO₂ / FiO₂ (PF ratio) más baja observado en el día del estudio seleccionando de las opciones siguientes. Los valores de PaO₂ y FiO₂ deben provenir de la misma medida de gas en sangre. Si no hay PF registrado, seleccione N/A en la primera opción.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> > 400 mmHg o N / A <input type="checkbox"/> 300 - 399 mmHg <input type="checkbox"/> 200 - 299 mmHg <input type="checkbox"/> 100 - 199 mmHg con soporte respiratorio <input type="checkbox"/> <100 mmHg con soporte respiratorio
Plaquetas más bajas	<p>Registre las plaquetas séricas más bajas observadas en el día del estudio seleccionando de las opciones siguientes. Si no hay plaquetas, registre N / A seleccionando la primera opción.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> $\geq 150 \times 10^9/L$ ($10^3/\mu L$) o N/A <input type="checkbox"/> 100 - 149 $\times 10^9/L$ ($10^3/\mu L$) <input type="checkbox"/> 50 - 99 $\times 10^9/L$ ($10^3/\mu L$) <input type="checkbox"/> 20 - 49 $\times 10^9/L$ ($10^3/\mu L$) <input type="checkbox"/> < 20 $\times 10^9/L$ ($10^3/\mu L$) <input type="checkbox"/> No disponible
Vasopresores	<p>Indique si el paciente recibió o no vasopresores seleccionando "Si" o "No".</p> <p>'Si' seleccione la dosis mas alta recibida de los tres siguientes grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dopamina $\leq 5 \mu g/kg/min$ o Dobutamina (cualquier dosis) <input type="checkbox"/> Dopamina 6 - 15 $\mu g/kg/min$ o Epinefrina $\leq 0.1 \mu g/kg/min$ o Norepinefrina $\leq 0.1 \mu g/kg/min$ <input type="checkbox"/> Dopamina > 15 $\mu g/kg/min$ o Epinefrina > 0.1 $\mu g/kg/min$ o Norepinefrina > 0.1 $\mu g/kg/min$ <p>'NO' registra la presión arterial media (PAM), vea lo siguiente.</p>
PAM (presión arterial media)	<p>Indique el PAM más bajo observado durante el día del estudio seleccionando entre las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <70 mmHg <input type="checkbox"/> > 70 mmHg <p>Si el PAM no está disponible, puede calcularlo usando la fórmula: $APM = 1/3$ de la PA sistólica más baja + $2/3$ de la PA diastólica correspondiente</p> <p>O utilice la herramienta en el sitio web: http://www.mdcalc.com/mean-arterial-pressure-map/</p>
Gasto urinario (mL)	<p>Indique el rango de volumen de la salida de orina para el día del estudio seleccionando de la siguiente lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> < 200 mL/día <input type="checkbox"/> 200 - 499 mL/día <input type="checkbox"/> ≥ 500 mL/día <input type="checkbox"/> No disponible

Disfunción Orgánica (Basal)

Fecha (aaaa-mm-dd)	
Menor PaO₂/FiO₂ (PF proporción)	<input type="checkbox"/> ≥ 400 mmHg or N/A <input type="checkbox"/> 300 – 399 mmHg <input type="checkbox"/> 200 – 299 mmHg <input type="checkbox"/> 100 – 199 mmHg con soporte respiratorio <input type="checkbox"/> < 100 mmHg con soporte respiratorio
Plaquetas bajas	<input type="checkbox"/> $\geq 150 \times 10^9/L$ ($10^3/\mu L$) or N/A <input type="checkbox"/> 100 - 149 $\times 10^9/L$ ($10^3/\mu L$) <input type="checkbox"/> 50 - 99 $\times 10^9/L$ ($10^3/\mu L$) <input type="checkbox"/> 20 - 49 $\times 10^9/L$ ($10^3/\mu L$) <input type="checkbox"/> $< 20 \times 10^9/L$ ($10^3/\mu L$)
Vasopresores el paciente recibió vasopresores?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<p>'SI', elija la dosis mas alta recibida durante el día.</p> <p>Si eligio 'NO'; registre la PMA</p>	<input type="checkbox"/> Dopamina $\leq 5 \mu g/kg/min$ ó dubotamina (any dose) <input type="checkbox"/> Dopamina 6 - 15 $\mu g/kg/min$ ó epinefrina $\leq 0.1 \mu g/kg/min$ ó norepinefrina $\leq 0.1 \mu g/kg/min$ <input type="checkbox"/> Dopamina $> 15 \mu g/kg/min$ ó epinefrina $> 0.1 \mu g/kg/min$ ó norepeinefrina $> 0.1 \mu g/kg/min$
PAM (valor bajo)	<input type="checkbox"/> < 70 mmHg <input type="checkbox"/> ≥ 70 mmHg
Salida de orina	<input type="checkbox"/> < 200 mL/día <input type="checkbox"/> 200 - 499 mL/día <input type="checkbox"/> ≥ 500 mL/día <input type="checkbox"/> No disponible

Instrucciones, Ventilación Mecánica Invasiva/Terapia de Reemplazo Renal (Diálisis)

Instrucciones Generales	Esta información es recolectada para determinar la duración de la ventilación mecánica invasiva y la necesidad de terapia de reemplazo renal (diálisis)
Duración de la recolección de datos	Estos datos serán recolectados al inicio y al final de la ventilación mecánica invasiva y terapia de reemplazo renal
Ventilación Mecánica Invasiva #1 Inicio	Indicar si el paciente recibió o no ventilación mecánica invasiva durante su estancia en la UCA seleccionando 'Si' o 'No'. 'Si' registra la fecha y tiempo actual inicial actual de la ventilación mecánica invasiva, aun si esto ocurrió en un instituto externo o el campo antes de la admisión a la unidad. Este podrá no ser el mismo tiempo en el que el paciente fue entubado, pero podrá ser el tiempo de inicio de la ventilación mecánica. Si el tiempo de inicio no esta disponible, registre la fecha actual y elija la opción ' No disponible' NO registre episodios de ventilación temporal (definida como <48hrs, ejemplo; necesario para procedimientos quirúrgicos)
Termino	Después de que el paciente puede respirar exitosamente sin la ventilación mecánica por >48hrs, registre la fecha y hora de termino de la ventilación mecánica. Se considerara a pacientes 'respirando' sin ventilación mecánica en cualquiera de estas instancias; <ul style="list-style-type: none"> • Extubado en mascara de oxigeno (cánula nasal) • Entubado o respirando con un tubo-t • Traqueotomía • Presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP) <= 5cmH2O sin apoyo de presión o asistencia de ventilación obligatoria intermitente. Si el paciente es transferido fuera de la UCA a otra institución y continua recibiendo ventilación mecánica, registre la fecha y hora de traslado como la fecha y hora de ventilación mecánica descontinuada. Si el paciente fallece mientras recibe ventilación mecánica, elija 'Misma que fecha y hora de muerte'
Fue la ventilación mecánica ¿Reinstituido?	Responda "Si" o "No" a la pregunta "¿Se reinstauró la ventilación mecánica \geq 48 horas desde la última fecha / hora de ventilación mecánica?". NO , continúe con la sección RRT (diálisis). Si la ventilación mecánica se reinstituyó \geq 48 horas después de que se discontinuó el primer episodio, seleccione "Si" para abrir los campos de entrada de datos para registrar otro episodio de ventilación mecánica. Registre hasta 5 episodios de ventilación mecánica contestando 'Si' al final de cada evento anterior registrado.
Ventilación mecánica, episodios # 2 - # 5	Siga las instrucciones para registrar las fechas de inicio y fin de los episodios de ventilación mecánica como se indica en el punto 1 anterior. Excepción: La hora de inicio se debe registrar para los episodios # 2 - # 5, no hay una opción 'No disponible'. No registre episodios de ventilación temporal (definidos como <48 horas, ejemplo; necesarios para procedimientos operativos, etc.).
Terapia de reemplazo renal (diálisis)	Indique si el paciente recibió TRR durante esta estadía en la UCA seleccionando "Sí" o "No".
¿Se inició el primer TRR debido a insuficiencia renal aguda?	Si respondió "Si", responda a la pregunta "¿Se inició la terapia de reemplazo renal (diálisis) por primera vez, si se debió a insuficiencia renal aguda?", Seleccionando "Si" o "No".
RRT (Diálisis) Inicio	Si la respuesta es 'Si', registre la fecha en que se inició la RRT (diálisis)
RRT (Diálisis) Terminación	Seleccione uno los siguientes relacionados con la interrupción del RRT: <ul style="list-style-type: none"> • Igual que la fecha y hora de la muerte • A los 3 meses, todavía en terapia de reemplazo renal (diálisis) en el hospital • Continuación de la alta hospitalaria • Fecha de terminación (fecha en la que se interrumpió permanentemente la diálisis, puede ocurrir en la sala).

Ventilación Mecánica Invasiva

		Fecha (aaaa-mm-dd)	Hora (reloj de 24hrs)
Ventilación Mecánica # 1			
¿El paciente recibió ventilación mecánica invasiva?	<input type="checkbox"/> Si (registre hora y fecha)		
	Si la hora de inicio no esta disponible		<input type="checkbox"/> No disponible
	<input type="checkbox"/> No		
Terminación de ventilación mecánica:	<input type="checkbox"/> (registre hora y fecha)		
	<input type="checkbox"/> misma fecha y hora de muerte		
	<input type="checkbox"/> continua en ventilación 3 meses después de la admisión a la UCA		
Ventilación Mecánica # 2			
¿Se restableció la ventilación mecánica \geq 48 hrs desde la última fecha y hora de interrupción de la ventilación?	<input type="checkbox"/> Si (registre hora y fecha)		
	<input type="checkbox"/> No		
Terminación de ventilación mecánica:	<input type="checkbox"/> registre hora y fecha de terminación		
	<input type="checkbox"/> misma fecha y hora de muerte		
	<input type="checkbox"/> continua en ventilación 3 meses después de la admisión a la UCA		
Ventilación Mecánica # 3, #4, #5			
¿Se restableció la ventilación mecánica \geq 48 hrs desde la última fecha y hora de interrupción de la ventilación?	<input type="checkbox"/> Si (registre hora y fecha)		
	<input type="checkbox"/> No		
Terminación de ventilación mecánica:	<input type="checkbox"/> registre hora y fecha de terminación		
	<input type="checkbox"/> misma fecha y hora de muerte		
	<input type="checkbox"/> continua en ventilación 3 meses después de la admisión a la UCA		

Terapia de Reemplazo Renal (Diálisis)

¿Recibió el paciente terapia de reemplazo renal (diálisis) durante esta estancia de UCA?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
La primera vez que se inició la terapia de reemplazo renal (diálisis), ¿se debió a insuficiencia renal aguda?	<input type="checkbox"/> Si (Continuar a la siguiente fila) <input type="checkbox"/> No (no complete lo que sigue)
-Fecha de inicio	Fecha_____
-Fecha de terminación <input type="checkbox"/> Igual que la fecha y hora de la muerte <input type="checkbox"/> A los 3 meses, todavía en terapia de reemplazo renal (diálisis) en el hospital <input type="checkbox"/> Continuación de la alta hospitalaria anterior <input type="checkbox"/> Fecha actual de finalización →	Fecha_____

Intervención del Estudio

Instrucciones Generales	Intervención del estudio debe iniciarse entre las primeras 2 horas de haber aleatorizado al paciente
Duración de la recolección de datos	Los datos deben ser recolectados cuando se inicie y termine el suplemento del estudio. Además, cualquier cambio de prescripción debe ser registrado en esta forma
Fecha y hora de inicio de intervención	Registra la hora y fecha de cuando se inicio por primera vez el suplemento del estudio, en formato aaaa-mm-dd y hh-mm
Se inicio la intervención del estudio después de 2hr de haber sido aleatorizado?	<p>Si la intervención del estudio se inicia con más de 2 horas después de la aleatorización, seleccione "Sí" y elija la razón de la lista proporcionada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retraso de farmacia • Paciente en NVO para la cirugía • Esperando la colocación y / o verificación del tubo • Paciente no disponible (procedimiento) • Enfermera no disponible • Otra especificar): _____ <p>Si selecciona 'Otro', debe proporcionar una explicación en el espacio proporcionado.</p>
Fecha y hora en que la intervención del estudio termina	<p>Introduzca la fecha y la hora en que los suplementos del estudio fueron finalmente detenidos en el formato aaaa-mm-dd y hh: mm</p> <p>La fecha de finalización debe ser al final del período de estudio, es decir, > 7 días después del ultimo injerto exitoso o al alta de la UCA o 3 meses después de la admisión de la UCA, lo que ocurra primero.</p>
Prescripción de la intervención	<p>Seleccione la receta inicial de la intervención del estudio en gramos por día de la lista desplegable: 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80, 85, 90, 95, 100</p> <p>Cada paquete contiene 5 gramos de intervención de estudio. Si se prescriben 10 paquetes por día, seleccione 50 en el cuadro desplegable de la prescripción.</p>
Cambios en la prescripción de la intervención del estudio	<p>Si cambia la prescripción de intervención del estudio, seleccione "Si" en la pregunta '<i>Did the study intervention prescription change?</i>' Para abrir los campos de entrada de datos para registrar la nueva receta.</p> <p>Ingrese la Fecha y Hora en que ocurrió el cambio de prescripción.</p> <p>Ingrese el peso de dosificación asociado con la nueva receta.</p> <p>Seleccione la nueva receta en gramos por día.</p> <p>Registre hasta 6 prescripciones seleccionando 'Si' en la pregunta '<i>Did the study intervention prescription change?</i>' Después de cada prescripción registrada.</p> <p>NOTA: La prescripción de la Intervención de Estudio no debe cambiar.</p> <p>EXCEPCIÓN: Si el paciente tiene un cambio en el peso corporal suficiente para que el equipo clínico altere la dosis de tratamientos clínicos, el tratamiento del estudio también debe ajustarse. Esta decisión es tomada por el Investigador del Sitio.</p>

Intervención del Estudio

Fecha y hora de la primera dosis de la intervención del estudio administrada	(aaaa-mm-dd)	(hh:mm) (horario de 24)
¿Se inició la intervención del estudio > 2 horas después de la aleatorización?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
'Si', indica la razón	<ul style="list-style-type: none"> - Retraso de farmacia - Paciente en ayuno por cirugía - Esperando la colocación y / o verificación del tubo - Paciente no disponible (procedimiento) - Enfermera no disponible - Otra especificar): _____ 	
Fecha y hora en que se administró la última dosis de la intervención del estudio	(aaa-mm-dd)	(hh:mm) (horario de 24)
Intervención inicial del estudio	gramos/día	
¿Cambió la prescripción de intervención del estudio?	<input type="checkbox"/> Si	
Si la respuesta es Sí, registre: Fecha y hora del cambio	(aaa-mm-dd)	(hh:mm) (horario de 24)
Peso de dosificación para esta receta (kg)	kg	
Prescripción en gramos por día	20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80, 85, 90, 95, 100 gramos/día	
¿Cambió la prescripción de intervención del estudio?	<input type="checkbox"/> Si	
Si la respuesta es Sí, registre: Fecha y hora del cambio	(aaaa-mm-dd)	(hh:mm) (horario de 24)
Peso de dosificación para esta receta (kg)	kg	
Prescripción en gramos por día	20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80, 85, 90, 95, 100 gramos/día	
¿Cambió la prescripción de intervención del estudio?	<input type="checkbox"/> Si	
Si la respuesta es Sí, registre: Fecha y hora del cambio	(aaaa-mm-dd)	(hh:mm) (Reloj de 24 hrs)
Peso de dosificación para esta receta (kg)	kg	
Prescripción en gramos por día	20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80, 85, 90, 95, 100 gramos/día	

Monitoreo diario

<p>Información general</p>	<p>Estos datos se recogen para determinar el cumplimiento de la dosis prescrita del estudio Intervención y para identificar cualquier violación relacionada con el protocolo.</p> <p>La intervención del estudio se iniciará dentro de las 2 horas después de la aleatorización.</p>								
<p>Duración de la recolección de datos</p>	<p>Dado el efecto material en el estudio, estos datos se deben recolectar diariamente lo más cerca posible del TIEMPO REAL y como sigue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervención del estudio: desde la aleatorización hasta ≥ 7 días después de la última operación de injerto exitosa, o hasta la descarga de la UCA, o hasta 3 meses de la admisión de la UCA, lo que ocurra primero. - Violaciones al protocolo relacionadas con la dosis: durante la duración de la administración de la intervención del estudio. 								
<p>(recomendado) # gramos prescritos por día</p>	<p>Para ayudar a determinar del porcentaje diario de PI recibido, registre en la parte superior de cada página el número de gramos por día de producto de investigación (PI) que el paciente debe recibir.</p> <p>NOTA: Estos datos no se ingresan en REDCap™ en los formularios de Monitoreo Diario.</p>								
<p>Fecha</p>	<p>Introduzca la fecha para la que se están recolectando los datos. Introduzca los datos en la fecha correspondiente en REDCap™.</p>								
<p># de veces que se administro el PI</p>	<p>Seleccione el número de veces (de 0 a 10) que la intervención del estudio se dio en este día de estudio. El mismo número de campos de entrada aparecerá en el formulario en REDCap™ para ese día.</p>								
<p># gramos indicados</p>	<p>Seleccione el # gramos indicados (de 5 a 30) en cada intervalo como se documenta en la hoja médica. Cada paquete de PI contiene 5 gramos. Si la dosis se registra en la hoja médica como # de paquetes administrados, multiplique # de paquetes por 5 y seleccione el número de gramos administrados.</p>								
<p>Ruta</p>	<p>Seleccione la ruta por la que se administró la intervención del estudio en cada intervalo, vía oral o nutrición enteral</p>								
<p>Gramos totales recibidos al día</p>	<p>Para ayudar en el cálculo del porcentaje recibido, añada el número de gramos dados en cada intervalo y registre el total dado cada día. NOTA: Estos datos no se ingresan en REDCap™.</p>								
<p>Porcentaje de la intervención del estudio recibida</p>	<p>Dividir el número total de gramos realmente dado por el número de gramos prescrito por día (documentado en la parte superior de la página) para determinar el porcentaje de intervención del estudio recibida. Registre el porcentaje en el espacio proporcionado.</p>								
<p>Violación de protocolo relacionada con la dosis</p> <p>Violación del protocolo (dosis PI <80% sobre un promedio de 3 días)</p>	<p>Indique si hay una violación de protocolo relacionada con la dosis para el día seleccionando 'Sí' o 'No'. Una violación del protocolo con la entrega de la intervención del estudio se produce cuando el paciente recibe <80% de la dosis diaria prescrita en un promedio de 3 días.</p> <p>Reporte una violación de protocolo relacionada con la dosis cuando se cumplan las siguientes dos condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La dosis recibida en el día indicado es <80% prescrita - La dosis recibida durante un promedio de 3 días es <80% prescrita <p><u>Ejemplo:</u></p> <table border="0"> <tr> <td>Dosis prescrita: 35 g / día</td> <td>Dosis recibida</td> </tr> <tr> <td>80% Prescripción: 28g</td> <td>Día 6: 30 g</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Día 7: 20 g</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Día 8: 30 g</td> </tr> </table> <p>Dosis total recibida durante 3 días = 80 g La dosis media de 3 días es de $80 \text{ g} / 3 = 26,67 \text{ g}$</p> <p>Reporte del Día 7: La dosis recibida es <80% Y el promedio de 3 días es <80%</p> <p>No reporte Día 6 o Día 8: El promedio de 3 días es <80% PERO La dosis recibida NO es <80%</p> <p>Si se recibe <80% durante un promedio de 3 días, complete el Formulario de Violación del Protocolo en REDCap™ dentro de las 24 horas siguientes a su conocimiento.</p> <p>Consulte la sección Violaciones de protocolo en estas hojas de trabajo para obtener instrucciones detalladas.</p>	Dosis prescrita: 35 g / día	Dosis recibida	80% Prescripción: 28g	Día 6: 30 g		Día 7: 20 g		Día 8: 30 g
Dosis prescrita: 35 g / día	Dosis recibida								
80% Prescripción: 28g	Día 6: 30 g								
	Día 7: 20 g								
	Día 8: 30 g								

Monitoreo Diario

Prescritos# _____ gramos/día

Página #: _____

Fecha: aaaa-mm-dd					
# de veces que el Pl se dio hoy (encierre en círculo)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
1) # de gramos dados (encierre uno)	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30
Ruta	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO
2) # de gramos dados (encierre uno)	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30
Route	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO
3) # de gramos dados (encierre uno)	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30
Route	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO
4) # de gramos dados (encierre uno)	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30
Route	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO
5) # de gramos dados (encierre uno)	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30
Ruta	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO
6) # de gramos dados (encierre uno)	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30
Ruta	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO
7) # de gramos dados (encierre uno)	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30
Ruta	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO
8) # de gramos dados (encierre uno)	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30
Ruta	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO
9) # de gramos dados (encierre uno)	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30
Ruta	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO
10) # de gramos dados (encierre uno)	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30	5 10 15 20 25 30
Ruta	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VO
# Total de gramos dados el día de hoy					
% de la dosis prescrita					
	%	%	%	%	%
Violación del protocolo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Instrucciones de laboratorio

<p>Duración de la recolección de datos</p>	<p>Estos datos se registraran de la siguiente manera: Diariamente durante 2 semanas: Desde la admisión a la UCA hasta el día de estudio 14 Semanal: Desde el día 15 hasta ≥ 10 días después del último injerto exitoso (terminación de la intervención del estudio -- más 3 días), alta de la UCA, o 3 meses después de la admisión, lo que ocurra primero.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recoger datos semanales de laboratorio de cada día durante la semana de estudio definida como +/- 24 horas a partir del día de estudio 21, 28, 35, 42, 49, 56, 63, 70, 77, 84 y 90. - Si no hay ningún valor disponible en la fecha especificada, registre el valor de un día inmediato. Si no hay valor disponible para esa semana de estudio, registre N / A.
<p>Date</p>	<p>Introduzca las fechas correspondientes al día calendario. Introduzca los datos en la fecha correspondiente en REDCap TM.</p>
<p>Creatinina, suero (más alto)</p>	<p>Registre la creatinina sérica más alta observada en el día del estudio.</p>
<p>T-bilirrubina (mas alta)</p>	<p>Registre la bilirrubina sérica total más alta observada en el día del estudio.</p>
<p>Urea (más alta)</p>	<p>Registre la urea sérica más alta observada el día del estudio.</p>
<p>Glucosa más cercana a las 08:00</p>	<p>Registre la glucosa más cercana a las 8:00 AM, ± 6 hrs (es decir, de 02:00 a 14:00 hrs), observada el día del estudio. El valor puede ser de una muestra sanguínea o de un glucómetro.</p>
<p>Para cada resultado solicitado anterior, si no hay valor disponible para grabar, seleccione 'No disponible'.</p>	

Laboratorios

Página #: _____

Fecha (aaaa-mm-dd)					
Creatinina sérica (Valor mas alto)					
	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible
Bilirrubina T (Valor mas alto)					
	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible
Urea (Valor mas alto)					
	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible
Glucosa cercana a las 08:00 A.M.					
	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible

Fecha (aaaa-mm-dd)					
Creatinina sérica (Valor mas alto)					
	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible
Bilirrubina T (Valor mas alto)					
	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible
Urea (Valor mas alto)					
	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible
Glucosa cercana a las 08:00 A.M.					
	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> No disponible

Evaluación Nutricional / Instrucciones de sincronización

Instrucciones Generales	<p>Estos datos se recogen para determinar qué tan bien se está alimentando al paciente, es decir, la adecuación nutricional (% de calorías y proteína recibida / prescrita) y el tiempo de inicio de la nutrición.</p> <p>Trabaje con su nutriolog@, o persona responsable de evaluar y monitorear las necesidades nutricionales de los pacientes, para obtener esta información.</p>
Duración de la recolección de datos	Estos datos deben ser calculados en tiempo basal (admisión de la UCA o en la primera evaluación nutricional) hasta el día 12 del estudio.
Evaluación basal	<p>Use el peso seco previo a la quemadura o el peso habitual para calcular las necesidades de energía y proteínas. Para los pacientes obesos, si su práctica estándar es ajustar para la obesidad, siga su práctica estándar. Si no tiene una práctica de ajuste a la obesidad, utilice la siguiente fórmula:</p> <p>Peso corporal ajustado (ABW) = Peso corporal ideal (IBW) basado en un IMC de 25 + [(peso seco antes de la quemadura - IBW) x 0.25]</p> <p>La prescripción de los requerimientos de energía se calcularán utilizando la Calorimetría Indirecta, una fórmula predictiva o una fórmula simple basada en el peso promedio, pero no deben realizar una prescripción menor a 30 kcal / kg.</p> <p>La prescripción de los requerimientos de proteína se calcularán utilizando lo siguiente: Si las quemaduras son > 50%, use 1.5g / kg / día a 2.5g / kg / día Si las quemaduras son <50% , use 1,2 g / kg / día a 2 g / kg / día</p> <p>Nota: Los requerimientos de energía y proteína son independientes de la fórmula prescrita. NO cambie la prescripción para acomodar un cambio de fórmula.</p>
Fecha de prescripción	Registra la fecha de prescripción en el siguiente formato aaaa-mm-dd
Prescripción de requerimientos de energía y proteína	Registre los requerimientos diarios de energía en calorías (kcal). Registre los requerimientos diarios de proteínas en gramos.
Cambios en la prescripción	Indique si la prescripción cambió seleccionando "Sí" o "No" a la pregunta, Was another prescription made?" Si "Sí" los campos de registro de datos se abrirán para ingresar la nueva información de prescripción. Ingrese la fecha de la prescripción y las necesidades de energía y proteína. Repita los pasos anteriores para ingresar hasta 6 prescripciones. No registre los cambios en la prescripción después del día del estudio 12.
Nutrición Enteral recibida	Indique si la nutrición enteral fue proporcionada seleccionando 'Si, inicio durante los primeros 12 días de la admisión a la UCA' o 'Si, inicio después de 12 días de la admisión a la UCA ' o 'No' a la pregunta, Was EN received during this UCA admission?'
Inicio de NE	Si la NE fue recibida, registre la fecha y hora en que la NE inicio
Finalización de la NE	<p>Seleccione una de las siguientes opciones relacionadas con la discontinuación permanente de NE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Igual que la fecha y hora de la muerte - Aún recibiendo NE 12 días después de la admisión a la UCA - Fecha y hora actuales de la parada NE (Si dado de alta con NE, registre la fecha y hora de alta de la UCA).
Recibió Nutrición Parenteral	Indique si la nutrición parenteral fue dada seleccionando 'Si, inicio durante los primeros 12 días de la admisión a la UCA' o 'Si, inicio después de 12 días de la admisión a la UCA ' o 'No' a la pregunta, 'Was PN received during this UCA admission?'
Inicio de NP	Si recibió NP, ingrese la fecha y hora en que se inició la NP.
Finalización de NP	<p>Seleccione una de las siguientes opciones relacionadas con la discontinuación permanente de NP:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Igual que la fecha y hora de la muerte - Aún recibiendo NP 12 días después de la admisión a la UCA - Fecha y hora actuales de la parada NP (Si dado de alta con NP, registre la fecha y hora de alta de la UCA).

Evaluación Nutricional

Basal		
Fecha en la que hizo la prescripción	(aaaa-mm-dd)	
Prescripción de requerimientos de energía		kcal
Prescripción de requerimientos de proteína		gramos
Se realizo otra prescripción ?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<p>Sólo registre los cambios de prescripción para este paciente realizados desde la admisión de UCA al Día de Estudio 12. Nota: Los requerimientos de energía y proteína son independientes de la fórmula prescrita. NO cambie la prescripción para acomodar un cambio de fórmula.</p>		
Evaluación #2		
Fecha en la que hizo la prescripción	(aaaa-mm-dd)	
Prescripción de requerimientos de energía		kcal
Prescripción de requerimientos de proteína		gramos
Se realizo otra prescripción ?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Evaluación #3		
Fecha en la que hizo la prescripción	(aaaa-mm-dd)	
Prescripción de requerimientos de energía		kcal
Prescripción de requerimientos de proteína		gramos
Se realizo otra prescripción ?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Se recibió Nutrición Enteral (NE) durante esta admisión a la UCA?		
	<input type="checkbox"/> Si, inicio durante los primeros 12 días de la admisión a la UCA <input type="checkbox"/> Si, inicio después de 12 días de la admisión a la UCA <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es 'Si' registre la fecha y hora	(aaaa-mm-dd)	(hh:mm) (Reloj de 24 hrs)
Fecha y hora de terminación de la NE: Si "Actual EN Stop date & time" es seleccionado o si el paciente ha sido dado de alta de la UCA con NE Registre la fecha y hora	Seleccione uno: - Igual que la fecha y hora de la muerte - Aún recibiendo NE 12 días después de la admisión de UCA - Fecha y hora actuales de terminación de la NE	(hh:mm) (Reloj de 24 hrs)
Se recibo nutrición parenteral (NP) durante esta admisión a la UCA?		
	<input type="checkbox"/> Si, inicio durante los primeros 12 días de la admisión a la UCA <input type="checkbox"/> Si, inicio después de 12 días de la admisión a la UCA <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es 'Si', registre la fecha y hora de inicio de la NP:	(aaaa-mm-dd)	(hh:mm) (Reloj de 24 hrs)
NP Fecha y hora de terminación: Si se ha seleccionado 'Actual PN Stop date & time' o Si el paciente fue dado de alta de la UCA en NP Introduzca la fecha y la hora:	Seleccione uno: - Igual que la fecha y hora de la muerte - Aún recibiendo NP 12 días después de la admisión a la UCA - Fecha y hora actuales de terminación de la NP	(hh:mm) (Reloj de 24 hrs)

Instrucciones generales	Estos datos se registran para determinar la adecuación de todos los tipos de nutrición (calorías y proteínas) recibidos.
Duración de la recolección de datos	Estos datos deben ser recolectados diariamente desde el Día de Estudio 1 (admisión de la UCA) hasta el Día de Estudio 12, o al alta de la UCA o 3 meses después de la admisión de la UCA, lo que ocurra primero.
Fecha	Registra las fechas correspondientes al día del calendario
Nutrición Enteral hoy?	Para cada día indique si el paciente recibió o no NE: Si / No
Si la respuesta es 'No'	<p>Si 'No' recibió Nutrición Enteral, usando la siguiente lista, indique TODAS las razones por las cuales el paciente no recibió NE del día de estudio especificado colocando los números en las casillas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayuno para la extubación endotraqueal o la intubación u otro procedimiento de la cabecera. Si se indica 'Otro', por favor marque la casilla 'Otros' y especifique la razón. • Ayuno para el procedimiento de cirugía • Ayuno para el procedimiento de radiología • Drenaje NG elevado • Aumento de la circunferencia abdominal, distensión abdominal o incomodidad • Vomito / regurgitación • Diarrea • No hay acceso enteral disponible / acceso enteral perdido, desplazado o mal funcionamiento • Inotrópicos, requerimiento vasopresores • Paciente considerado demasiado enfermo para la alimentación enteral • En los alimentos orales • Motivo desconocido • Otros (especificar _____)
Nutrición Enteral hoy?	Si "SI" a NE, registre la fórmula enteral recibida. Usted puede registrar hasta 3 fórmulas diferentes usadas cada día. Registre la primera fórmula recibida en los espacios proporcionados para 'Fórmula 1' y así sucesivamente. En el caso de que el paciente reciba más de 3 fórmulas en un día, seleccione las 3 fórmulas que proporcionan los volúmenes más grandes. Al entrar en REDCap, seleccione la marca en la lista desplegable, luego la fórmula. Si la marca no aparece en la lista, seleccione "Miscellaneous" e ingrese el nombre de la marca. Si la fórmula no aparece, seleccione 'otro (especifique)' e introduzca el nombre de la fórmula en el espacio proporcionado. Para abrir el formulario para ingresar otra fórmula, seleccione 'Si' a la pregunta 'Was a second EN formula given? Repita los pasos anteriores para ingresar una tercera fórmula NE.
Si la respuesta es 'Si'	
Formula	
Kcals totales	Anote el total de calorías (kilocalorías) y proteínas de todas las fórmulas NE recibidas en el día de estudio.
Proteínas Totales	<ul style="list-style-type: none"> • No registre las calorías de propofol (volumen que debe introducirse por separado). • No incluya suplementos de proteínas como parte de este total (por separado)
Suplementos proteicos	<p>Registre si se recibió un suplemento de proteína, 'Si' o 'No'. Usted puede registrar 2 suplementos de proteína diferentes cada día. Si ha recibido un suplemento de proteína, seleccione el producto que aparece en la lista desplegable en REDCap. Si el suplemento no aparece en la lista, seleccione 'Otro' e introduzca la marca y el nombre del producto en el espacio proporcionado. Para abrir el formulario y entrar en otro suplemento de proteína, seleccione "Si" a la pregunta "Add another protein supplement?" Si más de dos suplementos de proteínas dadas, registre los 2 que importa la mayor cantidad de proteína.</p> <p>Registre el total de calorías y proteínas recibidas de los suplementos de proteínas.</p>
No utilice fórmulas que están enlistadas como (restringidas) junto al nombre en REDCap.	
Nutrición parenteral	Para cada día, indique si el paciente recibió nutrición parenteral, Si o No.
Kcals totales	Si 'Si', registre el total de calorías y gramos de proteína recibida de la nutrición parenteral.
Proteína total	- No registre las calorías de propofol (volumen que debe introducirse por separado).
Vía oral	Registre si el paciente recibió alguna nutrición oral, 'Si' o 'No'. Registro de la nutrición oral independientemente de NE o PN dado.
Propofol	Registre si el paciente recibió infusión continua de propofol durante ≥ 6 horas, 'Si' o 'No'. Registre el propofol de cada día, independientemente de si recibió NE, PN o ninguno.
Total mL	Si el propofol se recibe, registre el volumen total en ml recibió el período de 24 horas.
Insulina	Registre si se recibió insulina, 'Si' o 'No'. Si la información no está documentada, seleccione 'No disponible'.
Total de unidades	Si se administró insulina, registre el total de todas las unidades de insulina recibidas por IV, subcutánea o bolo en un período de 24 horas.
Opioides	Registre si se recibieron opiáceos, 'Si' o 'No'. Si la información no está documentada, seleccione 'No disponible'.
Agentes de motilidad	<p>Registre si se recibieron agentes de motilidad, 'Si' o 'No'. Si la información no está documentada, seleccione 'No disponible'.</p> <p>Los agentes de motilidad comunes incluyen, pero no se limitan a: metoclopramida; eritromicina; Domperidona</p> <p>NO registre los suavizantes de las heces como agentes de motilidad.</p>

Fecha (aaaa-mm-dd)				
Recibió Nutrición Enteral (NE)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si 'NO' recibió (seleccione las que apliquen)				
Ayuno para la extubación endotraqueal o la intubación u otro procedimiento de la cabecera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuno para el procedimiento de cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuno para el procedimiento de radiología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drenaje NG elevado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de la circunferencia abdominal, distensión abdominal o incomodidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomito / regurgitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No hay acceso enteral disponible / acceso enteral perdido, desplazado o mal funcionamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inotrópicos, requerimiento vasopresores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente considerado demasiado enfermo para la alimentación enteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vía oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No se conoce el motivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (por favor especifique)				
'Si' recibió NE (complete lo siguiente)	<i>No utilice fórmulas que están enlistadas como (restringidas) junto al nombre en REDCap.</i>			
Formula 1 (marca y nombre de formula)				
Formula 2 (marca y nombre de formula)				
Formula 3 (marca y nombre de formula)				
Total de Kilocalorías de la NE				
Total de Proteínas de la NE				
Recibió suplemento proteico ?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del suplemento proteico				
Total de calorías del suplemento proteico				
Total de proteínas del suplemento proteico				
Recibió Nutrición Parenteral (NP)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Total Calorías de la NP				
Total Proteínas de la NP				
Nutrición Oral recibida ?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Medicamentos				
Recibió propofol por ≥ 6 horas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Volumen de propofol recibido (mL)				
Recibió insulina?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dosis total de insulina en unidades				
Recibió opiáceos ?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Agentes de motilidad (recibió; metoclopramida; eritromicina; Domperidona)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

FORMULAS DE NUTRICION ENTERAL

Existen mas de 400 formulas enterales enlistadas en REDCap. Seleccione la marca, elija 'Miscellaneous' si la marca no esta en la lista.

Was Enteral Nutrition (EN) given?	<input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Formula 1 - Company	<input type="text"/>
-Was a second EN formula given?	<input type="text"/>
Total kilocalorie received from EN	<input type="text"/>
Total protein received from EN	<input type="text"/>

Seleccione la fórmula de la lista desplegable. Si no aparece en la lista, seleccione 'Otro (especifique)' e introduzca el nombre de la fórmula en el espacio proporcionado.

Formula 1 - Company	Nestle
Formula 1 - Name	<input type="text"/>
-Was a second EN formula given?	<input type="text"/>
Total kilocalorie received from EN	<input type="text"/>
Total protein received from EN	<input type="text"/>
Protein Supplement	<input type="text"/>
Was a protein supplement given?	<input type="text"/>
Parenteral Nutrition	<input type="text"/>
Was Parenteral Nutrition (PN) given?	<input type="text"/>

Instrucciones de Procedimientos Operativos Relacionados con Quemaduras

<p>Instrucciones generales</p>	<p>Estos datos se recogen para determinar la frecuencia y el tipo de procedimientos operativos relacionados con quemaduras que el paciente experimenta durante el estudio.</p> <p>Nota: Estos datos sólo deben completarse los días de estudio en los que se realiza un procedimiento quirúrgico relacionado con quemaduras.</p>
<p>Duración de la recolección de datos</p>	<p>Registre todos los procedimientos quirúrgicos relacionados con quemaduras desde el Día de Estudio 1 (admisión de UCA) a ≥ 10 días después del último injerto exitoso (terminación PI de estudio PI + 3 días) o alta de la UCA o 3 meses desde la admisión a la UCA, lo que ocurra primero.</p>
<p>Fecha</p>	<p>Registra la fecha correspondiente al día del calendario en que el procedimiento operativo fue realizado</p>
<p>¿Se realizó procedimiento quirúrgico relacionado con quemaduras el día de hoy?</p>	<p>Seleccione 'Si' para abrir el formulario y registre los detalles del procedimiento quirúrgico relacionado con la quemadura realizado ese día de estudio.</p>
<p>¿Se planificó o no el procedimiento operativo?</p>	<p>Indique si el paciente tuvo un procedimiento operativo planificado o no planificado Seleccionando la casilla correspondiente.</p>
<p>Tipo de procedimiento operativo</p>	<p>Seleccione el (los) tipo (s) de procedimiento (s) operativo (s) realizados en la fecha indicada de la taxonomía proporcionada. Si se realizó un procedimiento que no está en la taxonomía, seleccione 'Other specify' e introduzca el nombre del procedimiento en el espacio proporcionado.</p> <p>Seleccione todos los procedimientos realizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extirpación quirúrgica (tangencial o facial) • Escisión y cobertura temporal (xenoinjerto, aloinjerto y piel artificial) • Escisión y auto injerto • Autoinjerto retrasado • Escisión y cierre primario / transferencia de tejido compuesto • Otros especificar (ejemplo de amputación) _____

Procedimientos Operativos Relacionados con Quemaduras

Página #: _____

Fecha (aaaa-mm-dd)					
Se realizo un procedimiento operativo relacionado con quemaduras el día de hoy?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si
El procedimiento operativo fue planeado o no-planeado?	<input type="checkbox"/> Planeado <input type="checkbox"/> No planeado	<input type="checkbox"/> Planeado <input type="checkbox"/> No planeado	<input type="checkbox"/> Planeado <input type="checkbox"/> No planeado	<input type="checkbox"/> Planeado <input type="checkbox"/> No planeado	<input type="checkbox"/> Planeado <input type="checkbox"/> No planeado
Tipo de procedimiento operativo (seleccione las que apliquen)					
Excision quirujica (tangencial o facial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escisión y cobertura temporal (xenoinjerto, aloinjerto y piel artificial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escisión y auto injerto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autoinjerto retrasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escisión y cierre primario / transferencia de tejido compuesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros especificar (ejemplo de amputación)					

Fecha (aaaa-mm-dd)					
Se realizo un procedimiento operativo relacionado con quemaduras el día de hoy?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si
El procedimiento operativo fue planeado o no-planeado?	<input type="checkbox"/> Planeado <input type="checkbox"/> No planeado	<input type="checkbox"/> Planeado <input type="checkbox"/> No planeado	<input type="checkbox"/> Planeado <input type="checkbox"/> No planeado	<input type="checkbox"/> Planeado <input type="checkbox"/> No planeado	<input type="checkbox"/> Planeado <input type="checkbox"/> No planeado
Tipo de procedimiento operativo (seleccione las que apliquen)					
Excision quirujica (tangencial o facial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escisión y cobertura temporal (xenoinjerto, aloinjerto y piel artificial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escisión y auto injerto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autoinjerto retrasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escisión y cierre primario / transferencia de tejido compuesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros especificar (ejemplo de amputación)					

Instrucciones para medicamentos concomitantes

<p>Instrucciones Generales</p>	<p>Estos datos se recogen para capturar las medicaciones relevantes que el paciente recibió que pueden tener un efecto material en los resultados medidos del estudio.</p> <p>Nota: administración de propofol; insulina; Opiáceos y agentes de motilidad se registra en el formulario de Nutrición Diaria.</p>
<p>Duración de la recolección de datos</p>	<p>Registre todos los medicamentos concomitantes iniciados desde la admisión a la UCA hasta ≥ 10 días después de la última operación de injerto (terminación del PI de estudio + 3 días) o alta de la UCA o 3 meses después de la admisión a la UCA, lo que ocurra primero.</p>
<p>Fecha</p>	<p>Registre la fecha correspondiente al día del calendario</p>
<p>Frecuencia Cardíaca</p> <p>Valor alto Valor bajo</p>	<p>Registre la frecuencia cardíaca más alta y más baja registrada del paciente durante cada día de estudio.</p> <p>Si sólo hay una frecuencia cardíaca registrada, registre la frecuencia cardíaca registrada como la más alta y la más baja para ese día.</p>
<p>¿Se recibieron medicamentos concomitantes hoy?</p>	<p>Indique si se recibieron medicamentos concomitantes, 'Si' o 'No'. Si la información no está documentada, seleccione 'No disponible'. Seleccione 'Si' para abrir el formulario y registre los medicamentos concomitantes recibidos.</p>
<p>No disponible, Nandrolona y Testosterona</p>	<p>Indique si se recibió No disponible, Nandrolona o Testosterona seleccionando la respuesta "Si" apropiada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si, Oxandrolona • Si, Nandrolona • Si, Testosterona • No • No disponible <p>Si ninguno de los 3 recibió, seleccione 'No'. Si la información no está documentada, seleccione 'No disponible'.</p>
<p>Beta bloqueadores</p>	<p>Indique si se recibieron los Beta bloqueadores, "Si" o "No". Si la información no está documentada, seleccione 'No disponible'.</p>

Medicamentos concomitantes

Fecha (aaaa-mm-dd)					
Frecuencia Cardiaca					
Frecuencia cardiaca mas alta					
Frecuencia cardiaca mas baja					
Medicamentos concomitantes					
El paciente recibió medicamentos concomitantes el día de hoy?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible
¿Recibió Oxandrolona, Nandrolona o Testosterona hoy?	<input type="checkbox"/> Si, Oxandrolona <input type="checkbox"/> Si, Nandrolona <input type="checkbox"/> Si, Testosterona <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> Si, Oxandrolona <input type="checkbox"/> Si, Nandrolona <input type="checkbox"/> Si, Testosterona <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> Si, Oxandrolona <input type="checkbox"/> Si, Nandrolona <input type="checkbox"/> Si, Testosterona <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> Si, Oxandrolona <input type="checkbox"/> Si, Nandrolona <input type="checkbox"/> Si, Testosterona <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> Si, Oxandrolona <input type="checkbox"/> Si, Nandrolona <input type="checkbox"/> Si, Testosterona <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible
¿Se recibieron los Beta-Bloqueadores hoy?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible

Frecuencia Cardiaca					
Frecuencia cardiaca mas alta					
Frecuencia cardiaca mas baja					
Medicamentos concomitantes					
El paciente recibió medicamentos concomitantes el día de hoy?					
¿Recibió Oxandrolona, Nandrolona o Testosterona hoy?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible
¿Se recibieron los Beta-Bloqueadores hoy?	<input type="checkbox"/> Si, Oxandrolona <input type="checkbox"/> Si, Nandrolona <input type="checkbox"/> Si, Testosterona <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> Si, Oxandrolona <input type="checkbox"/> Si, Nandrolona <input type="checkbox"/> Si, Testosterona <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> Si, Oxandrolona <input type="checkbox"/> Si, Nandrolona <input type="checkbox"/> Si, Testosterona <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> Si, Oxandrolona <input type="checkbox"/> Si, Nandrolona <input type="checkbox"/> Si, Testosterona <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> Si, Oxandrolona <input type="checkbox"/> Si, Nandrolona <input type="checkbox"/> Si, Testosterona <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible
Frecuencia Cardiaca	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible

Instrucciones de Microbiología

<p>Instrucciones generales & Duración de los datos Colección</p>	<p>Estos datos se recogen para ayudar a determinar la incidencia de las infecciones adquiridas por la UCA. Registrar bacteriemias Gram negativas solamente.</p> <p>Sólo registrar hemocultivos venosos o arteriales que resulten positivos para bacterias Gram negativas que ocurrieron > 72 horas después de la admisión a la UCA hasta \geq 10 días después del último injerto exitoso (parada del estudio PI + 3 días) o secreción UCA o 3 meses después de la admisión UCA, viene primero.</p> <p>No incluya la sangre de la punta de la línea del catéter.</p>																																																																																																													
<p>Fecha en que la muestra se tomo</p>	<p>Anote la fecha en que se tomo la muestra (es decir, no cuando se reportan los resultados) en el formato de fecha de aaaa-mm-dd.</p>																																																																																																													
<p>Tiempo en que la muestra se tomo</p>	<p>Anote el tiempo en que se tomo la muestra (es decir, no cuando se reportan los resultados) en el formato de hh: mm.</p>																																																																																																													
<p>Cultivos Gram negativos</p>	<p>Seleccione todas las bacteriemias Gram negativas reportadas cada día de estudio, consulte la tabla a continuación. No registrar las bacterias Gram positivas reportadas, ver tabla a continuación:</p> <table border="1" data-bbox="307 811 999 1622"> <thead> <tr> <th colspan="4">Bacterias gram negativas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>AciNEobacter sp.</td><td>23</td><td>Legionella sp.</td></tr> <tr><td>2</td><td>Aeromonas sp.</td><td>24</td><td>Moraxella sp.</td></tr> <tr><td>3</td><td>Alcaligenes sp.</td><td>25</td><td>Morganella sp.</td></tr> <tr><td>4</td><td>Bacteroides sp.</td><td>26</td><td>Mycoplasma sp.</td></tr> <tr><td>5</td><td>Bartonella sp.</td><td>27</td><td>Neisseria sp.</td></tr> <tr><td>6</td><td>Bortetella sp.</td><td>28</td><td>Pasteurella sp.</td></tr> <tr><td>7</td><td>Burkholderia sp.</td><td>29</td><td>Porphyromonas sp.</td></tr> <tr><td>8</td><td>Campylobacter sp.</td><td>30</td><td>Prevotella sp.</td></tr> <tr><td>9</td><td>Capnocytophaga sp</td><td>31</td><td>Proteus sp.</td></tr> <tr><td>10</td><td>Chlamydia sp.</td><td>32</td><td>Providencia sp.</td></tr> <tr><td>11</td><td>Citrobacter sp.</td><td>33</td><td>Pseudomonas sp.</td></tr> <tr><td>12</td><td>Coxiella sp.</td><td>34</td><td>Ralstonia sp.</td></tr> <tr><td>13</td><td>Ehrlichia sp.</td><td>35</td><td>Rickettsia sp.</td></tr> <tr><td>14</td><td>Eikenella sp.</td><td>36</td><td>Salmonella sp.</td></tr> <tr><td>15</td><td>Enterobacter sp.</td><td>37</td><td>Salmonella sp.</td></tr> <tr><td>16</td><td>Escherichia sp.</td><td>38</td><td>Serratia sp.</td></tr> <tr><td>17</td><td>Francisella sp.</td><td>39</td><td>Shigella sp.</td></tr> <tr><td>18</td><td>Fusobacterium sp.</td><td>40</td><td>Stenotrophomonas sp</td></tr> <tr><td>19</td><td>Hafnia sp.</td><td>41</td><td>Streptobacillus sp.</td></tr> <tr><td>20</td><td>Helicobacter sp.</td><td>42</td><td>Vibrio sp</td></tr> <tr><td>21</td><td>Haemophilus sp.</td><td>43</td><td>Yersinia sp.</td></tr> <tr><td>22</td><td>Klebsiella sp.</td><td>44</td><td>Other, please specify</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="1013 927 1370 1632"> <thead> <tr> <th>Bacterias gram positivas (No registrar)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Actinomyces sp.</td></tr> <tr><td>Aerococcus sp.</td></tr> <tr><td>Bacillus sp.</td></tr> <tr><td>Clostridium sp.</td></tr> <tr><td>Corynebacterium sp.</td></tr> <tr><td>Diphtheroids sp.</td></tr> <tr><td>Enterococcus sp.</td></tr> <tr><td>Erysipelothrix sp.</td></tr> <tr><td>Lactobacillus sp.</td></tr> <tr><td>Listeria sp.</td></tr> <tr><td>Nocardia sp.</td></tr> <tr><td>Peptostreptococcus/Peptococcus sp.</td></tr> <tr><td>Propionibacterium sp.</td></tr> <tr><td>Rhodococcus sp.</td></tr> <tr><td>Staphylococcus sp.</td></tr> <tr><td>Streptococcus sp.</td></tr> </tbody> </table>	Bacterias gram negativas				1	AciNEobacter sp.	23	Legionella sp.	2	Aeromonas sp.	24	Moraxella sp.	3	Alcaligenes sp.	25	Morganella sp.	4	Bacteroides sp.	26	Mycoplasma sp.	5	Bartonella sp.	27	Neisseria sp.	6	Bortetella sp.	28	Pasteurella sp.	7	Burkholderia sp.	29	Porphyromonas sp.	8	Campylobacter sp.	30	Prevotella sp.	9	Capnocytophaga sp	31	Proteus sp.	10	Chlamydia sp.	32	Providencia sp.	11	Citrobacter sp.	33	Pseudomonas sp.	12	Coxiella sp.	34	Ralstonia sp.	13	Ehrlichia sp.	35	Rickettsia sp.	14	Eikenella sp.	36	Salmonella sp.	15	Enterobacter sp.	37	Salmonella sp.	16	Escherichia sp.	38	Serratia sp.	17	Francisella sp.	39	Shigella sp.	18	Fusobacterium sp.	40	Stenotrophomonas sp	19	Hafnia sp.	41	Streptobacillus sp.	20	Helicobacter sp.	42	Vibrio sp	21	Haemophilus sp.	43	Yersinia sp.	22	Klebsiella sp.	44	Other, please specify	Bacterias gram positivas (No registrar)	Actinomyces sp.	Aerococcus sp.	Bacillus sp.	Clostridium sp.	Corynebacterium sp.	Diphtheroids sp.	Enterococcus sp.	Erysipelothrix sp.	Lactobacillus sp.	Listeria sp.	Nocardia sp.	Peptostreptococcus/Peptococcus sp.	Propionibacterium sp.	Rhodococcus sp.	Staphylococcus sp.	Streptococcus sp.
Bacterias gram negativas																																																																																																														
1	AciNEobacter sp.	23	Legionella sp.																																																																																																											
2	Aeromonas sp.	24	Moraxella sp.																																																																																																											
3	Alcaligenes sp.	25	Morganella sp.																																																																																																											
4	Bacteroides sp.	26	Mycoplasma sp.																																																																																																											
5	Bartonella sp.	27	Neisseria sp.																																																																																																											
6	Bortetella sp.	28	Pasteurella sp.																																																																																																											
7	Burkholderia sp.	29	Porphyromonas sp.																																																																																																											
8	Campylobacter sp.	30	Prevotella sp.																																																																																																											
9	Capnocytophaga sp	31	Proteus sp.																																																																																																											
10	Chlamydia sp.	32	Providencia sp.																																																																																																											
11	Citrobacter sp.	33	Pseudomonas sp.																																																																																																											
12	Coxiella sp.	34	Ralstonia sp.																																																																																																											
13	Ehrlichia sp.	35	Rickettsia sp.																																																																																																											
14	Eikenella sp.	36	Salmonella sp.																																																																																																											
15	Enterobacter sp.	37	Salmonella sp.																																																																																																											
16	Escherichia sp.	38	Serratia sp.																																																																																																											
17	Francisella sp.	39	Shigella sp.																																																																																																											
18	Fusobacterium sp.	40	Stenotrophomonas sp																																																																																																											
19	Hafnia sp.	41	Streptobacillus sp.																																																																																																											
20	Helicobacter sp.	42	Vibrio sp																																																																																																											
21	Haemophilus sp.	43	Yersinia sp.																																																																																																											
22	Klebsiella sp.	44	Other, please specify																																																																																																											
Bacterias gram positivas (No registrar)																																																																																																														
Actinomyces sp.																																																																																																														
Aerococcus sp.																																																																																																														
Bacillus sp.																																																																																																														
Clostridium sp.																																																																																																														
Corynebacterium sp.																																																																																																														
Diphtheroids sp.																																																																																																														
Enterococcus sp.																																																																																																														
Erysipelothrix sp.																																																																																																														
Lactobacillus sp.																																																																																																														
Listeria sp.																																																																																																														
Nocardia sp.																																																																																																														
Peptostreptococcus/Peptococcus sp.																																																																																																														
Propionibacterium sp.																																																																																																														
Rhodococcus sp.																																																																																																														
Staphylococcus sp.																																																																																																														
Streptococcus sp.																																																																																																														
<p>¿Hay otra cultivo Gram negativo hoy?</p>	<p>Registre hasta 5 bacteriemias Gram negativas diferentes cada día. Seleccione 'Si' a la pregunta 'Was there another Gram negative culture today?' Para abrir el formulario y registrar bacterias adicionales. Registre todas las diferentes bacterias Gram negativas reportadas. No registre las mismas bacterias más de una vez en cada día de estudio, incluso si se informó de muestras recogidas en diferentes momentos en ese día.</p>																																																																																																													

Microbiología

SÓLO registre hemocultivos venosos o arteriales que resulten positivos para bacteremia Gram negativa.

Fecha (aaaa-mm-dd)					
1) Hora (hh:mm)					
-Numero de cultivos Gram Negativos)					
2) Hora (hh:mm)					
-Numero de cultivos Gram Negativos)					
3) Hora (hh:mm)					
-Numero de cultivos Gram Negativos)					
4) Hora (hh:mm)					
-Numero de cultivos Gram Negativos)					
5) Hora (hh:mm)					
-Numero de cultivos Gram Negativos)					

Fecha (aaaa-mm-dd)					
1) Hora (hh:mm)					
-Numero de cultivos Gram Negativos)					
2) Hora (hh:mm)					
-Numero de cultivos Gram Negativos)					
3) Hora (hh:mm)					
-Numero de cultivos Gram Negativos)					
4) Hora (hh:mm)					
-Numero de cultivos Gram Negativos)					
5) Hora (hh:mm)					
-Numero de cultivos Gram Negativos)					

Instrucciones sobre Violación del Protocolo

<p>Definición de Violación del protocolo</p>	<p>Una violación del protocolo se define como el incumplimiento al protocolo del estudio y / o procedimientos que pueden afectar la seguridad del participante del estudio, la integridad de los datos del estudio y / o la voluntad de los participantes del estudio de participar en el estudio.</p> <p>Para el estudio RE-ENERGIZE, se produce una violación del protocolo cuando ocurre una de las siguientes puntos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La dosis diaria del Producto de Investigación (PI) administrada durante un promedio de 3 días es <80% de lo prescrito. 2) Error en PI dispensación / dosificación 3) Revelación accidental del PI 4) Inscripción de un paciente que no cumple con los criterios de inclusión / exclusión 5) Glutamina ajena al estudio que es administrada al paciente de estudio 6) Fórmula de NE no-aprobada prescrita 7) Otro, por favor especifique en el espacio provisto.
<p>General Instructions</p>	<p>Complete la violación del protocolo (PV) en REDCap™ dentro de las 24 horas siguientes al enterarse de la violación. Sólo complete el formulario PV en los días en que esté reportando una violación de protocolo. SI no existe PV no es necesario que complete el formulario en REDCap.</p>
<p>Duración de la recolección de datos (Cuándo Reportar)</p>	<p>- Las violaciones al protocolo deben ser reportadas desde la aleatorización hasta ≥ 10 días después del último injerto exitoso (terminación del PI de estudio + 3 días) o alta de la UCA o 3 meses después de la admisión a la UCA, lo que ocurra primero.</p> <p>- Violaciones al Protocolo que se relacionan con la dosis <80% administrada NO tienen que ser reportadas en los siguientes días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Día de la aleatorización • Día de alta o terminación del tratamiento (≥ 7 días después del último injerto exitoso) • Día de la defunción
<p>¿Está reportando una violación de protocolo hoy?</p>	<p>Seleccione 'Si' en Are you reporting a protocol violation today?' Para abrir el formulario e ingresar los datos de la violación al protocolo.</p>
<p>Fecha que ocurrió la violación al protocolo</p>	<p>Registre la fecha en que ocurrió la violación. Introduzca los datos de PV en REDCap™ el día de estudio correspondiente a la fecha en que se produjo la violación al protocolo.</p>
<p>Fecha en la que se descubrió la violación al protocolo</p>	<p>Ingrese la fecha en que la violación fue identificada por el personal de investigación del sitio.</p>
<p>¿El investigador local está enterado?</p>	<p>Indique si el investigador principal del sitio ha sido informado de esta violación, 'Si' o 'No'.</p>
<p>Violación</p>	<p>Seleccione una violación del protocolo por informe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La dosis diaria administrada durante un promedio de 3 días es <80% de lo prescrito • Error en PI dispensación / dosificación • Revelación accidental del PI • Inscripción de un paciente que no cumple con los criterios de inclusión / exclusión • Glutamina ajena al estudio que es administrada al paciente de estudio • Fórmula de NE no-aprobada prescrita • Otro, por favor especifique en el espacio provisto.
<p>Documentos de apoyo</p>	<p>Indique si hay archivos de apoyo que se enviarán por correo electrónico o por fax para este PV seleccionando la respuesta apropiada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si, por correo electrónico (preferido) [PDF, etc] • Si, por fax • No <p>IMPORTANTE: Recuerde ELIMINAR DATOS PERSONALES que se puedan identificar de los documentos antes de enviarlos.</p>
<p>Acciones tomadas por el Coordinador de investigación</p>	<p>Describe la acción tomada por el Coordinador de Investigación / Delegado en evitar que la violación / problema se repita.</p>
<p>¿Añadir otra violación del protocolo?</p>	<p>Indique si tiene otra violación al protocolo para agregar, 'Si' o 'No'. Seleccione 'Si' para abrir el siguiente formulario de PV e introduzca los datos. Reporte hasta 6 PV por día. Si tiene más de 6 PV para reportar en un día de estudio, comuníquese con el Líder del Proyecto.</p>

Formulario de Violaciones del Protocolo

Fecha que la violación al protocolo ocurrió	(aaaa-mm-dd)
¿Está reportando una violación de protocolo hoy?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Violación del Protocolo # 1 Fecha en la que se descubrió la violación	(aaaa-mm-dd)
¿El investigador del sitio local esta al tanto de la violación?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Violación (Seleccione sólo uno por informe)	<ul style="list-style-type: none"> • La dosis diaria administrada durante un promedio de 3 días es <80% de lo prescrito • Error en PI dispensación / dosificación • Revelación accidental del PI • Inscripción de un paciente que no cumple con los criterios de inclusión / exclusión • Glutamina ajena al estudio que es administrada al paciente de estudio • Fórmula de NE no-aprobada prescrita • Otro, por favor especifique en el espacio provisto. _____
Indique si hay archivos de apoyo que se enviarán por correo electrónico o por fax. IMPORTANTE: Recuerde antes de enviar ELIMINAR DATOS PERSONALES que se puedan identificar de los documentos.	<input type="checkbox"/> Si, por email (preferido) <input type="checkbox"/> Si, por fax <input type="checkbox"/> No
Medidas tomadas por el Coordinador de Investigación / Delegado Responsable	
¿Añadir otra violación del protocolo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Violación del Protocolo # 2 Fecha en la que se descubrió la violación	(aaaa-mm-dd)
¿El investigador del sitio local esta al tanto de la violación?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Violación (Seleccione sólo uno por informe)	<ul style="list-style-type: none"> • La dosis diaria administrada durante un promedio de 3 días es <80% de lo prescrito • Error en PI dispensación / dosificación • Revelación accidental del PI • Inscripción de un paciente que no cumple con los criterios de inclusión / exclusión • Glutamina ajena al estudio que es administrada al paciente de estudio • Fórmula de NE no-aprobada prescrita • Otro, por favor especifique en el espacio provisto. _____
Indique si hay archivos de apoyo que se enviarán por correo electrónico o por fax. IMPORTANTE: Recuerde antes de enviar ELIMINAR DATOS PERSONALES que se puedan identificar de los documentos.	<input type="checkbox"/> Si, por email (preferido) <input type="checkbox"/> Si, por fax <input type="checkbox"/> No
Medidas tomadas por el Coordinador de Investigación / Delegado Responsable	
¿Añadir otra violación del protocolo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Instrucciones para Hospitalización General

<p>Instrucciones generales</p>	<p>Estos datos se recogen para determinar los resultados clínicos relacionados con la duración de la estancia y la mortalidad.</p>
<p>Duración de Recopilación de datos</p>	<p>Estos datos deben ser recogidos una vez.</p>
<p>Último injerto exitoso (¿El último injerto fue exitoso?)</p>	<p>Indique si el último injerto fue exitoso seleccionando «Si», «No» o «No disponible - Consentimiento retirado para la recolección de datos».</p> <p>Si 'Si', ingrese la fecha del último injerto exitoso en el formato aaaa-mm-dd.</p> <p>Si 'No', seleccione la razón por la que nunca se consiguió un último injerto exitoso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muerte • Se retiró terapias de mantenimiento de la vida • Alta sin recibir un injerto • Recibiendo injertos después de la alta de la UCA (<3 meses) • Aún recibiendo injertos en UCA a los 3 meses • Otra especificar: _____
<p>Estancia UCA ¿Se retiró / denegó el consentimiento durante esta estadía en la UCA?</p>	<p>Si el consentimiento fue retirado o denegado durante esta estancia en la UCA, indíquelo seleccionando 'Si'. Ingrese la fecha y hora en que el consentimiento fue retirado / denegado y seleccione el tipo de retiro / denegación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terminar la intervención, pero continuar con la recopilación de datos • Terminar la intervención, detener la recopilación de datos (mantener los datos anteriores) • Terminar la intervención, detener la recopilación de datos (descartar datos anteriores)
<p>¿Ha muerto el paciente durante esta estancia en la UCA?</p>	<p>Seleccione la respuesta apropiada para indicar si el paciente falleció durante esta estancia en la UCA, fue dado de alta, o todavía está en UCA a los 3 meses de la admisión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si <p>Registre la fecha de la muerte, el tiempo y la causa de la muerte.</p> <p>Nota: Registre la fecha y la hora de la muerte documentadas en el certificado de defunción. Si esta información no está disponible, registre la fecha y la hora de la nota del médico. Si este último no se proporciona, registre la fecha y la hora documentadas en la hoja de la enfermería.</p> <p>Documentar la causa de la muerte de un informe post mortem. Si esto no está disponible, registre la causa de la muerte del certificado de defunción.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No, paciente dado de alta <p>Ingrese la fecha y la hora en que el paciente fue realmente dado de alta de la UCA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No, paciente todavía en UCA A los 3 meses
<p>¿El paciente fue readmitido en la UCA? (Antes de ser dado de alta del hospital)</p>	<p>Indique si el paciente fue readmitido en su UCA desde su hospital. 'Si' o 'No'.</p> <p>Si 'Si', el paciente fue re-admitido en su UCA de otra sala en su hospital:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduzca la fecha y hora de reingreso. • Indique si el consentimiento fue retirado / denegado durante esta estancia de UCA. Si 'Si', ingrese la fecha y hora y el tipo de retiro / denegación: <ul style="list-style-type: none"> ○ Detener la recolección (pero guardar los datos anteriores) ○ Detener la recolección de datos (y descartar datos anteriores) • Repita los pasos anteriores para las respuestas a 'Did the patient die during this ACU stay?' <p>Registre hasta 5 admisiones UCA (incluyendo la admisión inicial). Una vez que el paciente es dado de alta de su hospital, no registre las re-admisiones de UCA.</p> <p>Si la respuesta es 'No', el paciente no fue reingresado, complete los datos de Hospitalización.</p>

Instrucciones para Hospitalización General (continuación)

<p>Estancia hospitalaria</p> <p>¿Se retiró / negó el consentimiento durante esta estancia hospitalaria ?</p>	<p>Si el consentimiento fue retirado o denegado durante esta estancia hospitalaria, indique seleccionando 'Si'. Ingrese la fecha y hora en que el consentimiento fue retirado / denegado y seleccione el tipo de retiro / denegación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detener la recolección de datos (pero mantener los datos anteriores) • Detener la recolección de datos (descartar datos anteriores)
<p>Alta hospitalaria</p> <p>(¿El paciente murió en el hospital?)</p> <p>Alta ¿Tiempo no disponible?</p> <p>Dado de alta a:</p>	<p>Seleccione la respuesta apropiada para indicar si el paciente murió en el hospital, fue dado de alta, o todavía está en el hospital a los 3 meses de la admisión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si Anote la fecha, tiempo y causa de la muerte. <p>Nota: Registre la fecha y la hora de la muerte documentadas en el certificado de defunción. Si esta información no está disponible, registre la fecha y la hora de la nota del médico. Si este último no se proporciona, registre la fecha y la hora documentadas en la hoja de enfermería. Documentar la causa de la muerte de un informe post mortem. Si esto no está disponible, registre la causa de la muerte del certificado de defunción.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No, paciente fue dado de alta Ingrese la fecha y la hora en que el paciente fue realmente dado de alta del hospital. Si el tiempo de alta hospitalaria no está documentado, seleccione 'Si' a '<i>Time not available?</i>' <p>Seleccione la ubicación a la cual el paciente fue dado de alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sala en otro hospital • UCA en otro hospital • Centro de atención a largo plazo • Unidad de rehabilitación • Hogar • Otro, especifique _____ <p>No, paciente todavía se encuentra en UCA a los 3 meses</p>

Información General de Hospitalización

ULTIMO INJERTO EXITOSO	
¿El último injerto fue exitoso?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No disponible – Se retiró el consentimiento para la recolección de datos
Si la respuesta es 'Si' Fecha del ultimo injerto exitoso	(aaaa-mm-dd)
Si la respuesta es 'No' Razón por la cual no se logro un injerto exitoso	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte • Se retiró terapias de mantenimiento de la vida • Alta sin recibir un injerto • Recibiendo injertos después de la alta de UCA (<3 meses) • Aún recibiendo injertos en UCA a los 3 meses _____

Estancia en la UCA		Fecha (aaaa-mm-dd)	Hora (Reloj de 24 hrs)
¿Se retiró o negó el consentimiento durante la estadía en la UCA?	<input type="checkbox"/> En caso afirmativo, registre la fecha y hora en que se retiró / denegó el consentimiento		
Seleccione el tipo de retiro / denegación:	<input type="checkbox"/> Detener la intervención, continuar la recopilación de datos <input type="checkbox"/> Detener la intervención, detener la recopilación de datos (mantener los datos anteriores) <input type="checkbox"/> Detener la intervención, detener la recopilación de datos (descartar datos anteriores)		
¿El paciente murió en la UCA?	<input type="checkbox"/> En caso afirmativo, registre la fecha / hora de la muerte		
	<input type="checkbox"/> Si el paciente egreso de la UCA, registre la fecha / hora de alta de UCA		
	<input type="checkbox"/> El paciente todavía esta en la UCA a los 3 meses		
¿El paciente fue readmitido en la UCA?	<input type="checkbox"/> En caso afirmativo, registre la fecha y la hora en que el paciente fue reingresado		

Estancia en la UCA #2		Fecha (aaaa-mm-dd)	Hora (Reloj de 24 hrs)
¿Se retiró o negó el consentimiento durante la estadía en la UCA?	<input type="checkbox"/> En caso afirmativo, registre la fecha y hora en que se retiró / denegó el consentimiento		
Seleccione el tipo de retiro / denegación:	<input type="checkbox"/> Detener la intervención, continuar la recopilación de datos <input type="checkbox"/> Detener la intervención, detener la recopilación de datos (descartar datos anteriores)		
¿El paciente murió en la UCA?	<input type="checkbox"/> If yes, record the death date/time		
	<input type="checkbox"/> If the patient discharged from the UCA, record the UCA discharge date/time		
	<input type="checkbox"/> The patient was still in the UCA at 3 months		
¿El paciente fue readmitido en la UCA?			

Información General de Hospitalización (cont.)

Alta hospitalaria		Fecha (aaaa-mm-dd)	Hora (Reloj de 24 hrs)
¿Se retiró o negó el consentimiento durante la estadía en la UCA?	<input type="checkbox"/> En caso afirmativo, registre la fecha y hora en que se retiró / denegó el consentimiento		
Seleccione el tipo de retiro / denegación:	<input type="checkbox"/> Detener la recopilación de datos (mantener los datos anteriores) <input type="checkbox"/> Detener la recolección de datos (descartar datos anteriores)		
¿El paciente murió en el hospital?	<input type="checkbox"/> En caso afirmativo, registre la fecha / hora de la muerte		
	<input type="checkbox"/> Si el paciente fue dado de alta del hospital, registre la fecha / hora de alta del hospital		
	<input type="checkbox"/> El paciente todavía estaba en el hospital a los 3 meses		
¿Si el paciente fue dado de alta del hospital, a donde fue egresado?	<input type="checkbox"/> Sala en otro hospital		
	<input type="checkbox"/> UCA en otro hospital		
	<input type="checkbox"/> Centro de cuidados a largo plazo		
	<input type="checkbox"/> Unidad de rehabilitación		
	<input type="checkbox"/> Hogar		
	<input type="checkbox"/> Otros (especificar):		

Causa de muerte:

Instrucciones de sobrevida a 6 meses

<p>Información General</p> <p>Duración de la recolección de datos</p>	<p>Estos datos se recogen para determinar la supervivencia a 6 meses después de que el paciente fue admitido en la UCA. Se debe hacer todo lo posible para obtener el estatus de supervivencia. Consulte el manual de Procedimientos de Seguimiento con respecto a los procedimientos de retención de pacientes.</p> <p>La evaluación de la sobrevida se realizará a los 6 meses (\pm 14 días) después de la admisión a la UCA.</p>
<p>¿Se obtuvo el estado de supervivencia?</p>	<p>Registre si se obtuvo el estado de sobrevida del paciente, 'Si' o 'No'.</p>
<p>Fecha de obtención del estado de supervivencia</p>	<p>Si 'Si', registre la fecha de contacto o recuperación de información en el formato aaaa-mm-dd.</p>
<p>Fuente de información</p>	<p>Registre el origen de la información sobre el estado de sobrevida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente • Persona (s) de contacto alternativa (especifique la relación) • Médico familiar • Registros médicos • Obituarios • Internet • Otra (especificar) _____
<p>Estado de Supervivencia</p>	<p>Registre el estado de supervivencia del paciente, 'Vivo' o 'Fallecido'.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vivo • Fallecido
<p>Estado de supervivencia NO obtenido</p>	<p>Si la respuesta es 'No', confirme que se han completado todas las vías listadas para acceder al estado de supervivencia del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realizaron 3 intentos de contacto con el paciente (obligatorio) • Se hicieron 3 intentos de ponerse en contacto con la (s) persona (s) de contacto alternativa (obligatorio si corresponde) • Médico de familia contactado (obligatorio si está disponible) • No hay registros médicos sobre el paciente disponible en el mes 6 (obligatorio) • Las búsquedas del nombre del paciente in internet no revelaron el estado de supervivencia (obligatorio) <p>Registre todos los intentos de contactar al paciente y / o persona (s) de contacto alternativa en el "Month 6 Follow-up Assessments: Contact Log"</p>
<p>Última fecha conocida por estar viva</p>	<p>Si no se obtuvo el estatus de supervivencia, anote la última fecha en que se conocía que el paciente estaba vivo.</p>

Evaluación de Supervivencia-Mes 6

¿Se obtuvo el estado de supervivencia?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Estado de supervivencia obtenido	
Fecha de contacto / recuperación de la información	(aaaa-mm-dd)
Fuente de información (Seleccione uno)	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Persona de contacto alternativa (especifique la relación) _____ <input type="checkbox"/> Medico familiar <input type="checkbox"/> Expedientes medicos <input type="checkbox"/> Obituarios <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____
Estado de supervivencia	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Muerto
Si fallecido, ¿se conoce la fecha de la muerte?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si 'Si', fecha de fallecimiento	(aaaa-mm-dd)
Si 'No', la última fecha conocida por estar viva	(aaaa-mm-dd)
Estado de supervivencia NO obtenido	
Confirme cuál de los siguientes	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizaron 3 intentos de contacto con el paciente (obligatorio) • Se hicieron 3 intentos de ponerse en contacto con la (s) persona (s) de contacto alternativa (obligatorio si corresponde) • Médico de familia contactado (obligatorio si está disponible) • No hay registros médicos sobre el paciente disponible en el mes 6 (obligatorio) • Las búsquedas del nombre del paciente in internet no revelaron el estado de supervivencia (obligatorio)
Última fecha en que se conocía estaba vivo	(aaaa-mm-dd)

Evaluaciones de seguimiento al Mes 6 : Instrucciones de registro de contacto

<p>Informacion General</p>	<p>NO complete este formulario si se obtuvo el estado de supervivencia.</p> <p>Registre todos los contactos e intentos de contacto con el paciente / persona (s) de contacto alternativa para las evaluaciones de seguimiento del Mes 6 en este registro. Debe haber al menos 3 intentos de realizar las evaluaciones de seguimiento.</p> <p>La realización de los 3 cuestionarios se estima en 30 minutos. Cada cuestionario puede ser completado en diferentes días o en diferentes momentos si es necesario. Se recomienda encarecidamente programar un tiempo de antelación con el / la paciente / persona (s) de contacto alternada para asegurar su disponibilidad.</p>
<p>Duración de la recolección de datos</p>	<p>Estos datos se recogen una vez 6 meses (\pm 14 días) después de la admisión UCA.</p>
<p>Cita de Seguimiento</p>	<p>Indique si el paciente / persona (s) alternativo (s) fue contactado (s) con antelación para reservar una cita para la visita de seguimiento, 'Si' o 'No'. Si 'Si', ingrese la fecha en que se contactó al paciente / persona (s) alternativa(s). Si no, registre la razón en el espacio proporcionado.</p>
<p>Intentos de Contacto</p>	<p>Indique a quién se intentó contactar y cuántas veces. El número apropiado de campos se abrirá en REDCap.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente • Persona (s) de contacto alternativa (s) • Paciente y alternativo • No se realizaron intentos <p>Si no se hizo ningún intento de contactar al paciente / persona (s) alternativa (s), registre la razón por la cual el contacto de seguimiento no fue intentado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perdido • No CR en el sitio • Otra especificar) _____
<p>Fecha y hora de contacto</p>	<p>Registre la fecha y la hora de cada intento de contacto. Si no puede comunicarse con el (los) paciente (s) / persona (s) de contacto alternativo, intente un tiempo diferente en cada intento.</p>
<p>Métodos de contacto</p>	<p>Registre todos los métodos usados para contactar al paciente / persona (s) alternativa (s).</p>
<p>Relación del contacto alternativo con el paciente</p>	<p>Registrar la relación de la persona de contacto alternativa con el paciente, si 'Otros' especifica en el espacio proporcionar.</p>

Evaluaciones de Seguimiento- Mes 6 : Registro de Contacto

	Reserva Mes 6 Seguimiento (debe ser por lo menos 2 semanas en avanzado)
¿Se contactó al paciente / suplente (s) con antelación para reservar una cita para la visita de seguimiento?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fecha de contacto del paciente / suplente	(aaaa-mm-dd)
Razón de la cita no reservada	
¿A quien contacto para realizar este seguimiento?	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente • Persona (s) de contacto alternativa (s) • Paciente y Suplente • No se realizaron intentos
Si no hay intentos, Motivo por el cual el seguimiento no se intento:	<input type="checkbox"/> Perdido <input type="checkbox"/> No CI (coordinador de investigación) en el sitio u otro (especifique) _____

	Intento 1	Intento 2	Intento 3
Fecha de contacto (aaaa-mm-dd)			
Hora (hh:mm)			
Método de contacto con el paciente (seleccione todas las que apliquen)	<input type="checkbox"/> En persona con paciente <input type="checkbox"/> llamada por celular <input type="checkbox"/> llamada al trabajo <input type="checkbox"/> llamada al hogar <input type="checkbox"/> otro (especifique)	<input type="checkbox"/> En persona con paciente <input type="checkbox"/> llamada por celular <input type="checkbox"/> llamada al trabajo <input type="checkbox"/> llamada al hogar <input type="checkbox"/> otro (especifique)	<input type="checkbox"/> En persona con paciente <input type="checkbox"/> llamada por celular <input type="checkbox"/> llamada al trabajo <input type="checkbox"/> llamada al hogar <input type="checkbox"/> otro (especifique)
Método de contacto con persona (s) alternativo(s) (Seleccione todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> En persona con alt <input type="checkbox"/> Llamada alt (movil) <input type="checkbox"/> Llamada trabajo(alt) <input type="checkbox"/> Llamada hogar (alt) <input type="checkbox"/> Otro (especifique)	<input type="checkbox"/> En persona con alt <input type="checkbox"/> Llamada alt (movil) <input type="checkbox"/> Llamada trabajo(alt) <input type="checkbox"/> Llamada hogar (alt) <input type="checkbox"/> Otro (especifique)	<input type="checkbox"/> En persona con alt <input type="checkbox"/> Llamada alt (movil) <input type="checkbox"/> Llamada trabajo(alt) <input type="checkbox"/> Llamada hogar (alt) <input type="checkbox"/> Otro (especifique)
Relación de persona (s) de contacto alternativa (s) con el paciente (Seleccione todas las que apliquen)	<input type="checkbox"/> Esposa/pareja <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> otro (especifique)	<input type="checkbox"/> Esposa/pareja <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> otro (especifique)	<input type="checkbox"/> Esposa/pareja <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> otro (especifique)

Cuestionarios de evaluación al seguimiento de 6 meses

<p>Información general</p> <p>Duración de la recolección de datos</p>	<p>Estos datos se recogen para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes y las actividades de la vida diaria en el intervalo de seguimiento de 6 meses. Consulte el manual de procedimientos de seguimiento en relación con los procedimientos de retención de pacientes y las secuencias de comandos telefónicas sugeridas.</p> <p>Las evaluaciones de estado de SF-36, ADL y IADL deben realizarse a los 6 meses (\pm 14 días) después de la admisión de UCA.</p> <p>Se debe hacer todo lo posible para completar estos cuestionarios. NOTA: Los datos tardíos son mejores que los datos perdidos.</p>
<p>¿Se completó el cuestionario?</p>	<p>Para cada uno, indique si el cuestionario fue completado, 'Si, o' No '.</p> <p>Si 'Si', ingrese la fecha completada y por quién, Paciente o alternativo. Si no, indique la razón:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Fallecido (Fecha de registro en la evaluación de supervivencia) <input type="radio"/> Rechazado del paciente <input type="radio"/> Rechazo del alternativo <input type="radio"/> Rechazo del paciente y alternativo <input type="radio"/> No puede localizar al paciente y / o alternativo <input type="radio"/> Se retiró el consentimiento <input type="radio"/> Perdido <input type="radio"/> otro (especifique): _____
<p>SF-36</p>	<p>Lea la explicación en la parte superior de la encuesta al paciente. Asegúrese de que el paciente entienda que las respuestas deben reflejar sus puntos de vista sobre su propia salud. Recuerde no interpretar las preguntas para el paciente. Cada pregunta significa lo que él / ella piensa que significa, no hay una respuesta correcta o incorrecta. Lea cada pregunta al paciente seguido de las opciones de respuesta. Registre la respuesta del paciente en la hoja de trabajo del cuestionario.</p>
<p>Katz ADL</p>	<p>La ADL de Katz se utiliza para evaluar el nivel de independencia del paciente relacionado con el autocuidado. Las respuestas del paciente deben reflejar lo que él / ella es realmente capaz de hacer, no lo que piensan que podrían ser capaces de hacer en circunstancias ideales. Lea las definiciones de 'Independencia' y 'Dependencia' para el paciente como se indica en la parte superior del formulario ADL de Katz. Lea cada una de las 6 actividades al paciente seguido de las descripciones independientes y dependientes. Permita que el paciente haga su propia determinación. Basándose en la respuesta del paciente, registre 1 o 0 en el espacio proporcionado para cada actividad.</p>
<p>Lawton IADL</p>	<p>El Lawton IADL se utiliza para evaluar el nivel de capacidad funcional del paciente relacionado con las actividades domésticas y comunitarias. Las respuestas del paciente deben reflejar su nivel funcional más alto, no las actividades que realizan. Por ejemplo, si un paciente no es la persona en el hogar que hace la colada, pero el paciente es capaz de hacer su propia ropa de forma independiente, seleccione '¿Lavado personal completamente'. Lea cada una de las 8 actividades al paciente seguido de las opciones de respuesta. Recuérdele al paciente que indique su mayor capacidad funcional. Permita que el paciente haga su propia determinación. Encierre en un círculo el número correspondiente en el formulario.</p>
<p>Mantenimiento de hojas de trabajo</p>	<p>Mantenga las hojas de trabajo completadas con los archivos de estudio del paciente, éstos sus documentos fuente.</p>

SF-36

Su Salud y Bienestar

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

1. En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c Coger o llevar la bolsa de la compra.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d Subir <u>varios</u> pisos por la escalera.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f Agacharse o arrodillarse.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g Caminar <u>un kilómetro o más</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h Caminar varios centenares de metros.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i Caminar unos 100 metros.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j Bañarse o vestirse por sí mismo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h se sintió feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i se sintió cansado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Índice Katz de Independencia en Actividades de la Rutina Diaria

ACTIVIDADES PUNTOS (1 o 0)	INDEPENDENCIA: (1 PUNTO) <i>Sin supervision, dirección o asistencia personal</i>	DEPENDENCIA: (0 PUNTO) <i>Con supervision, dirección, asistencia personal o cuidado total</i>
BAÑO PUNTOS: _____	(1 PUNTO) Bañarse uno mismo completamente o necesitando ayuda para el lavado de una parte del cuerpo (espalda, genitales o extremidad discapacitada).	(0 PUNTO) Necesita ayuda para la higiene de más de una parte del cuerpo, dentro o fuera de la bañera o la ducha. Requiere de baño total.
VESTIMENTA PUNTOS: _____	(1 PUNTO) Obtiene la ropa de armarios y cajones y es capaz de vestirse. Puede tener ayuda para probar los zapatos.	(0 PUNTO) Necesita ayuda para vestirse.
HIGIENE PUNTOS: _____	(1 PUNTO) Capaz de ir al baño, enciende y apaga la luz, arregla la ropa, limpia su área genital sin ayuda.	(0 PUNTO) Necesita ayuda para ser llevado al baño, limpiarse a sí mismo o para usar el inodoro.
TRANSFERENCIA PUNTOS: _____	(1 PUNTO) Se moviliza dentro y fuera de la cama o silla sin ayuda. "Ayudantes" para transferencia mecánica son aceptables.	(0 PUNTO) Necesita ayuda para moverse desde la cama a la silla o requiere transferencia completa.
CONTINENCIA PUNTOS: _____	(1 PUNTO) Ejercer el completo control sobre la micción y defecación	(0 PUNTO) Incontinencia parcial o total para materias y orina.
ALIMENTACIÓN PUNTOS: _____	(1 PUNTO) Obtiene el alimento del plato sin ayuda. La preparación del alimento puede hacerlo otra persona.	(0 PUNTO) Necesita ayuda parcial o total con la alimentación ó requiere alimentación parenteral
PUNTAJE TOTAL= _____ 6= Alto (paciente independiente) 0= Bajo (paciente muy dependiente)		

Actividades de Lawton de la Rutina Diaria

Puntuación: Para cada categoría, dibuje un círculo en el nivel funcional mayor del individuo (ya sea 0 o 1).

Capacidad para utilizar el teléfono	Opera el teléfono por iniciativa propia; busca y disca/digita los números	1
	Disca/digita un reducido número de teléfonos conocidos	1
	Contesta el teléfono, pero no puede disca/digitar	1
	No es capaz de utilizar el teléfono en absoluto	0
Compras	Realiza compras en forma independiente	1
	Es capaz de realizar pequeñas adquisiciones en forma independiente	0
	Necesita ser acompañado para realizar compras	0
	Es absolutamente incapaz de realizar compras	0
Preparación de los alimentos	Planifica, prepara y sirve las comidas en forma adecuada e independiente	1
	Prepara las comidas adecuadamente si se le suministran los ingredientes	0
	Calienta y sirve las comidas preparadas o prepara las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0
	Necesita tener las comidas preparadas y servidas	0
Tareas domésticas	Mantiene la casa sola con asistencia ocasional (en caso de trabajo pesado)	1
	Realiza tareas livianas tales como hacer la cama y lavado de platos	1
	Realiza tareas livianas, pero no puede mantener un nivel aceptable de limpieza	1
	Necesita ayuda en todas las tareas de mantenimiento del hogar	1
	No participa en las tareas de limpieza de la casa	0
Lavandería	Realiza toda la lavandería	1
	Lava solamente objetos pequeños, enjuaga medias, etc.	1
	Toda la lavandería debe ser realizada por otros	0
Modo de transporte	Viaja de forma independiente en transporte público o conduce su vehículo	1
	Coordina viajes en taxi, pero no utiliza el transporte público	1
	Viaja en transporte público cuando es asistido o acompañado por otro	1
	Viaja limitado en taxi o automóvil con asistencia de otro	0
	Incapaz de viajar	0
Responsabilidad con su medicación	Responsable de tomar el medicamento en dosis y tiempo adecuados	1
	Asume la responsabilidad en caso de que el medicamento se prepare en dosis separadas	0
	No es capaz de administrarse su propia medicación	0
Capacidad para manejar las finanzas	Administra asuntos financieros independientemente (paga alquiler y facturas, expende cheques, va al banco); recopila y mantiene un registro de los ingresos	1
	Maneja las compras día a día, pero necesita ayuda con trámites bancarios, etc.	1
	Incapaz de manejar dinero	0

Agregar a cada número un círculo en la columna de la derecha: **PUNTAJE TOTAL= _____**

Instrucciones de Confirmación por el Investigador

Instrucciones Generale	<p>Cuando se haya completado toda la recopilación de datos, incluida la descripción general de la hospitalización, el Investigador del Sitio deberá firmar y fechar el Formulario de Confirmación del Investigador para certificar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">“ La recolección de datos se llevó a cabo bajo su supervisión de acuerdo con el protocolo“ Los datos y la declaración son completos y exactos al mejor de su conocimiento. <p>Una vez firmado y fechado el Formulario de Confirmación del Investigador de REDCAP, envíe el formulario completado a:</p> <p style="text-align: center;">Maureen Dansereau Unidad de Investigación de Evaluación Clínica danserem@kgh.kari.NE</p>
-----------------------------------	---

Formulario de confirmación del investigador (Ir a REDCAP para version-e)

Los datos recogidos en los formularios RE-ENERGIZE se recogieron de acuerdo con el protocolo del estudio y los procedimientos establecidos. Los datos fueron recogidos bajo mi supervisión.

Los datos y la declaración son completos y exactos a lo mejor de mi conocimiento.

Nombre completo del Investigador del Sitio

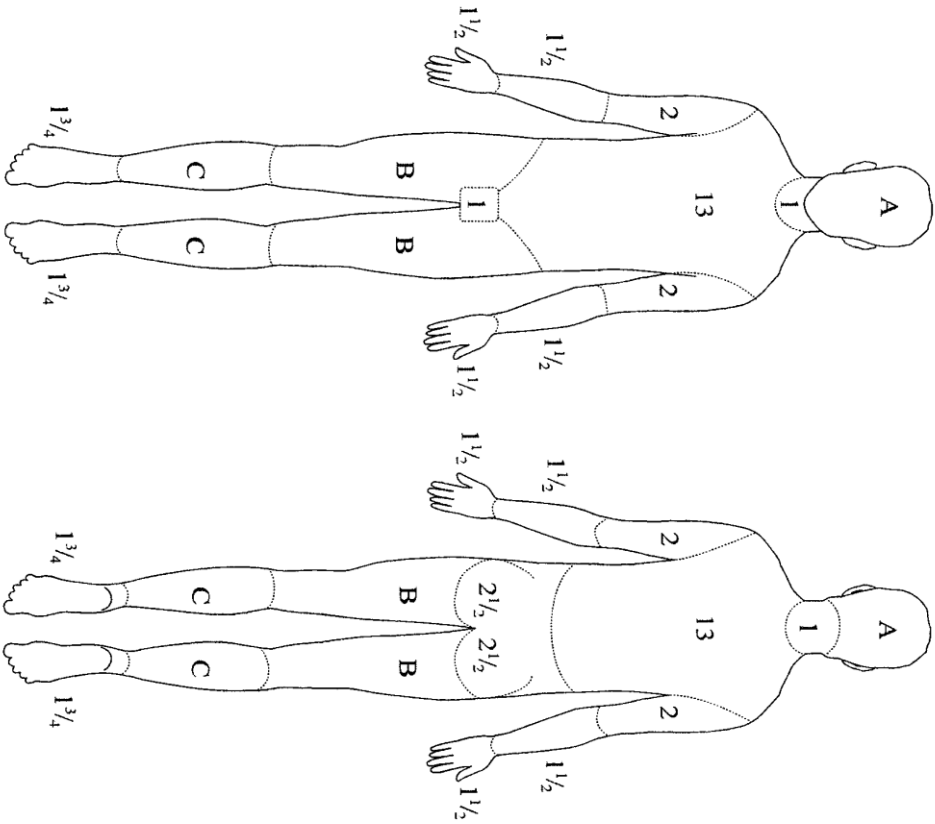
Firma del Investigador del Sitio

Fecha (aaaa-mm-dd)

APPNEDIX 1
Lund-Browder Diagram

Therapeutic
Guidelines

Lund and Browder chart for calculating the percentage
of total body surface area burnt (Fig 14.19)



Region	Partial thickness (%) [NB1]	Full thickness (%)
head		
neck		
anterior trunk		
posterior trunk		
right arm		
left arm		
buttocks		
genitalia		
right leg		
left leg		
Total burn		

NB1: Do not include erythema

Area	Age 0	1	5	10	15	Adult
A = half of head	9%	8½%	6½%	5½%	4½%	3½%
B = half of one thigh	2%	3¼%	4	4½%	4½%	4¼%
C = half of one lower leg	2½%	2½%	2¾%	3	3¼%	3½%

Therapeutic Guidelines Limited is an independent not-for-profit organisation dedicated to deriving guidelines for therapy from the latest world literature, interpreted and distilled by Australia's most eminent and respected experts.

Published in eTIG complete, March 2008. ©Therapeutic Guidelines Ltd. www.tlg.org.au