

**CARE: Checklist de Informações a serem incluídas ao se escrever um relato de caso**

<b>Tópico</b>	<b>Nº do item</b>	<b>Descrição do item do checklist</b>
<b>Título</b>	<b>1</b>	<b>O diagnóstico ou intervenção do foco primário do trabalho seguido pelas palavras "relato de caso".</b>
<b>Palavras-Chave</b>	<b>2</b>	<b>2 a 5 palavras chave que identifiquem os diagnósticos ou intervenções presentes no relato de caso incluindo as palavras "relato de caso".</b>
<b>Resumo (sem referências)</b>	<b>3a</b>	<b>Introdução: o que é único neste relato de caso e o que ele agrega a literatura científica.</b>
	<b>3b</b>	<b>Sintomas principais e/ou os achados clínicos mais relevantes e importantes.</b>
	<b>3c</b>	<b>Os principais diagnósticos, intervenções terapêuticas e resultados.</b>
	<b>3d</b>	<b>Conclusão: qual é a principal contribuição deste relato de caso para a comunidade científica ou principal lição a ser aprendida com o relato de caso.</b>
<b>Introdução</b>	<b>4</b>	<b>Um ou dois parágrafos resumindo porque esse relato de caso é inovador e único na literatura (pode incluir referências).</b>
<b>Informações do paciente</b>	<b>5a</b>	<b>Identificação de informações específicas mantendo a privacidade do paciente.</b>
	<b>5b</b>	<b>Queixas primárias e sintomas do paciente.</b>
	<b>5c</b>	<b>História e antecedentes familiares, médicos e psicossociais do paciente, incluindo informações genéticas relevantes.</b>
	<b>5d</b>	<b>Intervenções anteriores relevantes com apresentação dos resultados.</b>
<b>Achados clínicos</b>	<b>6</b>	<b>Descrever o exame físico e achados clínicos importantes.</b>
<b>Linha do tempo</b>	<b>7</b>	<b>Informações atuais e anteriores a respeito do caso médico relatado, em forma de uma linha de tempo organizada.</b>
<b>Avaliação diagnóstica</b>	<b>8a</b>	<b>Testes diagnósticos como exame físico, testes laboratoriais, exames de imagem e pesquisas.</b>
	<b>8b</b>	<b>Desafios impostos ao diagnóstico como: dificuldades financeiras, culturais ou de acesso aos exames necessários ao diagnóstico.</b>
	<b>8c</b>	<b>Diagnóstico (incluindo as outras hipóteses diagnósticas consideradas).</b>

	<b>8d</b>	<b>Prognóstico quando aplicável (como estadiamento em oncologia).</b>
<b>Intervenção terapêutica</b>	<b>9a</b>	<b>Tipos de intervenção terapêutica realizada (como farmacológica, cirúrgica, preventiva ou cuidados pessoais).</b>
	<b>9b</b>	<b>Como a intervenção terapêutica foi administrada (dosagem, duração e força do medicamento).</b>
	<b>9c</b>	<b>Mudanças na abordagem terapêutica (com justificativa).</b>
<b>Acompanhamento e resultados</b>	<b>10a</b>	<b>Resultados avaliados pelo médico e pelo paciente (se disponível).</b>
	<b>10b</b>	<b>Diagnóstico de acompanhamento e resultado de outros testes.</b>
	<b>10c</b>	<b>Adesão a intervenção terapêutica e tolerabilidade apresentada pelo paciente (como isso foi abordado e avaliado).</b>
	<b>10d</b>	<b>Eventos adversos e imprevistos.</b>
<b>Discussão</b>	<b>11a</b>	<b>Discussão científica das limitações associadas a esse relato de caso assim como os seus pontos fortes.</b>
	<b>11b</b>	<b>Discussão da literatura médica relevante ao relato de caso com referências.</b>
	<b>11c</b>	<b>Justificativa científica para quaisquer conclusões tiradas no relato de caso incluindo avaliação de possíveis causas .</b>
	<b>11d</b>	<b>O ensinamento primário construído por meio desse relato de caso (sem referências) em forma de uma conclusão de um parágrafo.</b>
<b>Pespectiva do paciente</b>	<b>12</b>	<b>O paciente deve dividir o seu ponto de vista sobre o tratamento(s) recebido (s) em até um ou dois parágrafos.</b>
<b>Informação de consentimento</b>	<b>13</b>	<b>Apresentar o consentimento do paciente, caso requisitado.</b>

Para mais informações: <https://www.care-statement.org/>