

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

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

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