

CASE REPORT FORM – Clinical data

The Burden of Pneumonia In Indonesia Children And The Association With Vitamin D Deficiency: The Indonesian Pneumonia And Vitamin D Study (I-PADS)

Participant's ID / / / I-PADS

Instruction: cross the box or complete with appropriate answer

Patient's name _____

Medical record number

Sex 1. Male 2. Female

Date of Birth / / (dd/mm/yyyy)

Admission date / / ; time : .

Doctor on duty _____

1. Admission 1 Polyclinic 2 Emergency Room
2. Referral case 1 Yes 2 No
If yes, referred from: 1 Primary Health Care Center 2 Other Hospital
3 Physician/pediatrician private clinic 4 Midwife private Clinic
3. Receive antibiotics before admission: 1 Yes 2 No 3 Not Known

4. Signs (Anamnesis)

Cough	1. Yes	2. No	Wheezing	1. Yes	2. No
Runny nose	1. Yes	2. No	Dyspnea	1. Yes	2. No
Fever	1. Yes	2. No	Noisy breathing	1. Yes	2. No
Fast breathing	1. Yes	2. No	Others, _____	1. Yes	2. No

5. Danger sign

Unable to drink/feed	1 <input type="checkbox"/> Yes	2 <input type="checkbox"/> No
Stridor	1 <input type="checkbox"/> Yes	2 <input type="checkbox"/> No
Lethargic/ unconscious	1 <input type="checkbox"/> Yes	2 <input type="checkbox"/> No
Cyanosis	1 <input type="checkbox"/> Yes	2 <input type="checkbox"/> No
Severe Respiratory distress	1 <input type="checkbox"/> Yes	2 <input type="checkbox"/> No
Seizure	1 <input type="checkbox"/> Yes	2 <input type="checkbox"/> No

6. Physical examination (at admission or during first 24 hours medical care)

Respiratory rate: / minute Heart rate: / minute axilla temp.:

Body weight: , kgs Body weight/Length: , cms

Chest indrawing (subcostal) 1 Yes 2 No

Wheezing 1 Ada 2 No

Pulse oximetry 1 Performed 2 Not Performed

If performed, Result SaO₂: % (without receiving oxygen)

7. Initial diagnosis:

Primary diagnosis

1 Pneumonia

2 Asthma attack

3 Bronchiolitis

4 Others, mention:.....

Secondary diagnosis

1 Acute diarrhea

2 Sepsis

4 Underweight

4 Others:

8. B20:

1 Yes

2 No

3 Not examined

Participant's ID / / / I-PADS

COMPLETED BY RESEARCH ASSISTANT

Participant's name: _____

9. Vitamin D level (completed by research assistant): nmol

10. Blood examination

Hemoglobin	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	g/dL	Leucocyte	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	10 ³ / μ L
Hematocrit	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	%	Lymphocyte	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	%
Erythrocyte	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	10 ⁶ / μ L	Neutrophil	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	%
MCV	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	fL	Eosinophil	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	%
MCH	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	pg	Basophil	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	%
MCHC	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	g/dL	Monocyte	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	%
Thrombocyte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	/ μ L			

11. Radiology examination (Thorax) 1 Performed 2 Not performed
 Radiology result's conclusion from site (hospital):

	Yes	No
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infiltrat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consolidation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Yes	No
Atelectasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilar limphadenopathy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Others:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conclusion: _____

12. Initial antibiotics therapy given at admission in the hospital:

	Yes	No
Cotrimoxazole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amoxicillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erythromycin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ampicillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gentamycin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chloramphenicol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Yes	No
Cefotaxim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceftriaxon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amoxicillin Clavulanat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Others, mention:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. B2 agonis via nebulizer 1 Yes 2 No

14. Steroid 1 Yes 2 No

15. Oral Salbutamol 1 Yes 2 No

16. Oxygenation 1 Yes 2 No

Start date / / (dd/mm/yyyy)

End date / / (dd/mm/yyyy)

17. ICU entry 1 Yes 2 No

If yes,
 Entry date / / (dd/mm/yyyy)

Exit date / / (dd/mm/yyyy)

18. Hospital discharge date / / (dd/mm/yyyy)

19. Final Diagnosis

Primary diagnosis

1 Pneumonia

2 Asthma attack

3 Bronchiolitis

4 Others, mention :

Secondary diagnosis

1 Acute diarrhea

2 Sepsis

3 Underweight

4 Other:

20. Discharge status: 1 Alive

2 Death

3 Discharge against medical advice

QUESTIONER – HOSPITAL BASED I-PADS

The Burden of Pneumonia In Indonesia Children And The Association With Vitamin D Deficiency: The Indonesian Pneumonia And Vitamin D Study (I-PADS)

Circle or complete answers that apply

PATIENT'S INFORMATION

1. Study ID / / - / I-PADS
2. Patient's name _____
3. Medical record number
4. Gender 1. Male 2. Female
5. Address _____
6. Phone number
7. Referral 1. Home 2. General practitioner/Paediatrician
3. Other hospital/Primary Health Care
8. Nutritional status Weight grams
Weight/Length ,
9. Vaccination status, please check if up to date

<input type="checkbox"/>	Age 0	Hep B 0	<input type="checkbox"/>	Age 4	DTP-Hep B-Hib 3/Polio 3
<input type="checkbox"/>	Age 1	BCG	<input type="checkbox"/>	Age 9	Measles
<input type="checkbox"/>	Age 2	DTP-Hep B-Hib 1/Polio 1	<input type="checkbox"/>	Age 18	DTP-Hep B-Hib, polio Booster
<input type="checkbox"/>	Age 3	DTP-Hep B-Hib 2/Polio 2	<input type="checkbox"/>	Pneumococcal vaccine (i.e Prevenar)	

PARENTS' INFORMATION

10. Parents' age Mother _____ years
11. Parents' education (Please fill out based on the code)

code: 1: Middle school or less	2: High school
3: University	4: Other

 Mother Father
12. Family income (please circle the correct answer)

1. <Rp 500.000,00	4. Rp 2.500.000-Rp 5.000.000
2. Rp 500.000-Rp1.000.000	5. >Rp 5.000.000
3. Rp 1.000.000-Rp2.500.000	

RISK FACTORS

At birth and early years

(Please circle the correct answer or complete the boxes)

13. Gestational age weeks + days
14. Birth weight grams
15. Congenital Heart Disease 1. Yes 2. No If yes, mention _____
16. Congenital syndrome 1. Yes 2. No If yes, mention _____

Crowdedness

(Please circle the correct answer or complete the boxes)

17. Number of people at home (excluding the child) people
18. Child care attendance 1. Yes 2. No

Early Months Feeding

(Please circle the correct answer or complete the boxes)

19. Exclusive breastfeeding 1. Yes 2. No
20. Age started solid food Months + weeks
21. Age when formula started Months + weeks
22. Who is the primary care giver of the baby?? (please circle the answer)
1. Mother 2. Father 3. Other family member 4. Babysitter
5. Others, mention _____

Air Pollution

23. Do any family members currently smoke (in the last 12 months)? (Please put the number that applies)

- 22.1 Mother 1. Not at all 4. Yes, at least monthly
- 22.2 Father 2. Yes, daily
- 22.3 Other family member 3. Yes, at least weekly
(living in the same roof with child)

24. If yes, on average how many cigarettes do you smoke? (Please put the number that applies)

- 23.1 Mother 1. <12units
- 23.2 Father 2. 12-24 units
- 23.3 Other family member 3. >24 units
(living in the same roof with child)

25. The main material for cooking (please circle the correct answer)

1. Electric 3. Kerosene 5. Charcoal
2. Gas 4. Wood 6. Other

Sun exposure

26. Do you usually take your child outside the house? (Please circle and complete answer that applies)

- 25.1 **On a weekday** 1. Yes, _____ times/week 2. No
- 25.2 **On a weekend** 1. Yes, _____ times/week 2. No

27 At what time of the day do you usually take your child outside the house (Please tick the correct answer)

No	Hour	On Weekdays	On Weekend
27.1	Before 10.00am		
27.2	Between 10.00am – 16.00pm		
27.3	After 16.00 pm		

28 On average, how many hour do you take your child outside in a day (Please put the number that applies)

28.1 On a weekday

28.2 On a weekend

1. Less than 15 min

4. 1 to 2 hours

6. 4 to 5 hours

2. 15 min to 30 min

5. 2 to 3 hours

7. 5 to 6 hours

3. 31 min to 1 hour

29 What does your child usually wear to go outside during a warm sunny day? (Please tick the correct answer)

29.1 Arms exposed

No	Arms	On Weekdays	On Weekend
1	Not exposed at all		
2	< 50% time exposed		
3	≥ 50% time exposed		
4	Always exposed		

29.2 Lower extremity exposed (thigh to heel))

No	Lower Extremity	On Weekdays	On Weekend
1	Not exposed at all		
2	< 50% time exposed		
3	≥ 50% time exposed		
4	Always exposed		

29.3 Sun Screen Usage

No	Usage	On Weekdays	On Weekend
1	Always		
2	< 50% of the time		
3	≥ 50% of the time		
4	Not at all		

29.4 Sunglasses Usage

No	Usage	On Weekdays	On Weekend
1	Always		
2	< 50% of the time		
3	≥ 50% of the time		
4	Not at all		

29.5 Umbrella Usage

No	Usage	On Weekdays	On Weekend
1	Always		
2	< 50% of the time		
3	≥ 50% of the time		
4	Not at all		

Jumlah leukosit / μ L
Limfosit %

Dilengkapi selama rawat inap:

22.2 Pemeriksaan CRP (jika dilakukan)

Kualitatif 1. Positif 2. Negatif

Kuantitatif mg/L

22.3 Kultur darah (jika dilakukan)

Tanggal / /

Waktu pelaksanaan 1. Sebelum pemberian antibiotik
2. Setelah pemberian antibiotik

Hasil kultur darah:

Negatif 1. Tidak 2. Ya

Streptococcus pneumonia 1. Tidak 2. Ya

Staphylococcus 1. Tidak 2. Ya

Pseudomonas 1. Tidak 2. Ya

Klebsiela pneumoniae 1. Tidak 2. Ya

Haemophylus influenza 1. Tidak 2. Ya

Lain-lain, sebutkan _____

23. Pemeriksaan Radiologi Ya Tidak

Kesimpulan hasil pemeriksaan pihak RS (site):

24. Copy foto rontgen thorax terambil Ya Tidak

(Perhatian: Jangan lupa mengambil foto dari foto rontgen thorax)

25. Terapi antibiotik
- | | |
|------------------|-------------------------|
| 1. Cotrimoxazole | 6. Amoxicillin |
| 2. Erythromycin | 7. Gentamycin |
| 3. Cefotaxim | 8. Amoxicillin clauvant |
| 4. Penicillin | 9. Ceftriaxone |
| 5. Ampicillin | 10. Other, _____ |

26. Apakah dilakukan penggantian antibiotic saat rawat inap?

1. Ya 2. Tidak

26.1 Jika ya, Antibiotik diganti menjadi:

- | | |
|------------------|-------------------------|
| 1. Cotrimoxazole | 6. Amoxicillin |
| 2. Erythromycin | 7. Gentamycin |
| 3. Cefotaxim | 8. Amoxicillin clauvant |
| 4. Penicillin | 9. Ceftriaxone |
| 5. Ampicillin | 10. Other, _____ |

_____ (dapat menyebutkan lebih dari 1)

26.2 Perubahan disarankan pada hari ke _____

27. Oksigenasi 1. Ya 2. Tidak

27.1 Tanggal mulai / / (dd/mm/yyyy)

27.2 Tanggal berakhir / / (dd/mm/yyyy)

27.3 Metode 1. Nasal canule 2. Rebreathing mask
(lingkari sesuai jawaban) 3. Non-rebreathing mask 4. Head box

28. Masuk ICU 1. Ya 2. Tidak

28.1 Tanggal mulai / / (dd/mm/yyyy)

28.2 Tanggal berakhir / / (dd/mm/yyyy)

KELUAR RUMAH SAKIT (RS) – Diisi oleh tim penelitian

Petunjuk: Lingkarilah jawaban yang sesuai

29. Tanggal keluar RS / / (dd/mm/yyyy)

30. Diagnosis akhir

1. Pneumonia	2. Bronchiolitis
3. Asthma	4. Other, _____

31. Status

1. Sembuh
2. Atas Permintaan Pasien
3. Meninggal dunia

KUESIONER – I-PADS BERBASIS RUMAH SAKIT

Beban Penyakit Pneumonia pada Anak-anak di Indonesia dan Hubungan dengan Defisiensi Vitamin D: Penelitian Indonesian Pneumonia and Vitamin D (I-PAD)

Lingkarilah atau lengkapi dengan jawaban yang sesuai

INFORMASI PASIEN

1. ID peserta / / - / I-PADS
2. Nama peserta _____
3. Nomor Rekam Medis
4. Jenis Kelamin 1. Laki-laki 2. Perempuan
5. Alamat _____
6. Nomor telepon
7. Asal rujukan 1. Rumah 2. Dokter umum/ dokter anak
3. Rumah sakit/ puskesmas lainnya
8. Status nutrisi Berat badan kg
Panjang/tinggi badan cm
9. Status imunisasi, tolong beri tanda centang apabila sudah menerima (usia dalam bulan)

<input type="checkbox"/>	Usia 0	Hep B 0	<input type="checkbox"/>	Usia 4	DTP-Hep B-Hib 3/Polio 3
<input type="checkbox"/>	Usia 1	BCG	<input type="checkbox"/>	Usia 9	Campak
<input type="checkbox"/>	Usia 2	DTP-Hep B-Hib 1/Polio 1	<input type="checkbox"/>	Usia 18	DTP-Hep B-Hib, polio Booster
<input type="checkbox"/>	Usia 3	DTP-Hep B-Hib 2/Polio 2	<input type="checkbox"/>	Vaksin Pneumococcal (i.e. Prevenar)	

INFORMASI ORANGTUA

10. Tanggal lahir Ibu / / (dd/mm/yyyy)
Usia ibu tahun
11. Pendidikan orang tua (isikan berdasarkan kode yang tersedia)
kode: 1: SMP atau dibawahnya 2: SMA/ sederajat
3: Universitas/ sederajat 4: Lainnya
Ibu Bapak

12. Pemasukan keluarga (Lingkarilah jawaban yang sesuai)
- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| 1. <Rp 500.000,00 | 4. Rp 2.500.000-Rp 5.000.000 |
| 2. Rp 500.000-Rp1.000.000 | 5. >Rp 5.000.000 |
| 3. Rp 1.000.000-Rp2.500.000 | |

FAKTOR RISIKO

Saat kelahiran dan awal kelahiran

(lingkarilah jawaban yang sesuai atau lengkapi kotak yang tersedia)

13. Usia kehamilan minggu+ hari
14. Berat bayi lahir gram
15. Kelainan Jantung Bawaan 1. Ya 2.Tidak Jika ya, sebutkan_____
16. Sindrom bawaan 1. Ya 2.Tidak Jika ya, sebutkan_____

Kepadatan

(lingkarilah jawaban yang sesuai atau lengkapi kotak yang tersedia)

17. Jumlah orang yang tinggal serumah dengan anak (tidak termasuk anak) orang
18. Apakah anak Anda juga diasuh di Tempat Penitipan Anak (TPA)? (silakan lingkari jawaban yang sesuai)
1. Ya 2.Tidak

Kebiasaan makan pada awal kehidupan

(lingkarilah jawaban yang sesuai atau lengkapi kotak yang tersedia)

19. ASI eksklusif 6 bulan 1. Ya 2.Tidak
20. Usia mulai makanan padat bulan + minggu
21. Usia mulai susu formula bulan + minggu
22. Siapakah yang menjadi pengasuh utama anak? (silakan lingkari jawaban yang sesuai)
1. Ibu 2. Ayah 3. Keluarga lainnya 4. Pengasuh anak/babysitter
5. Lainnya, sebutkan_____

Polusi udara

23. Adakah anggota keluarga yang merokok (dalam kurun waktu 12 bulan terakhir)?
(tuliskan nomor yang sesuai pada kotak yang tersedia dan (-) jika tidak)

- 23.1 Ibu 1. Tidak sama sekali 4. Ya, minimal per bulan
- 23.2 Bapak 2. Ya, setiap hari
- 23.3 Anggota keluarga lain 3. Ya, minimal per minggu
(yang tinggal satu rumah dengan anak)

24. Jikaya, rata-rata berapa banyak batang rokok yang dikonsumsi? (tuliskan nomor yang sesuai pada kotak yang tersedia dan (-) jika tidak)

- 24.1 Ibu 1. ≤12batang
- 24.2 Bapak 2. 13-24 batang
- 24.3 Anggota keluarga lain 3. >24 batang
(yang tinggal satu rumah dengan anak)

25. Apakah bahan bakar utama yang digunakan dirumah untuk memasak? (lingkarilah jawaban yang sesuai)

1. Listrik 3. Minyak tanah 5. Arang
 2. Gas 4. Kayu 6. Lainnya

Paparan sinar matahari

26. Apakah Anda biasa membawa anak Anda keluar rumah? (lingkarilah dan lengkapilah jawaban yang sesuai)

- 26.1 **Pada hari kerja** 1. Ya, _____kali/minggu 2. Tidak
 26.2 **Pada akhir pekan** 1. Ya, _____ kali/minggu 2. Tidak

27. Kapan Anda biasanya membawa anak keluar rumah? (berikan tanda centang pada jawaban yang sesuai)

No	Jam	Pada hari Kerja	Pada akhir pekan
27.1	Sebelum jam 10.00		
27.2	Antara jam 10.00 – 16.00		
27.3	Setelah jam 16.00		

28. Rata-rata, berapa lama Anda membawa anak Anda keluar ruangan? (Isikan nomor yang sesuai dengan jawaban Anda)

- 28.1 **Pada hari kerja**
 28.2 **Pada akhir pekan**

1. Kurang dari 15 menit 4. 2 jam 6. 4 jam
 2. 15 menit - 30 menit 5. 3 jam 7. 5 jam
 3. 31 menit - 1 jam

29. Bagaimanakah kebiasaan berpakaian anak selama terpapar sinar matahari (beri tanda centang pada jawaban yang sesuai)

29.1 Terekspos bagian lengan

No	Bagian Lengan	Pada hari Kerja	Pada akhir pekan
1	Tidak terpapar sama sekali		
2	< 50% waktu terpapar		
3	≥ 50% waktu terpapar		
4	Selalu terpapar		

29.2 Terekspos bagian esktremitas bawah (paha hingga tumit)

No	Bagian esktremitas bawah	Pada hari Kerja	Pada akhir pekan
1	Tidak terpapar sama sekali		
2	< 50% waktu terpapar		
3	≥ 50% waktu terpapar		
4	Selalu terpapar		

29.3 Menggunakan tabir surya

No	Penggunaan	Pada hari Kerja	Pada akhir pekan
1	Selalu menggunakan		
2	Menggunakan < 50% waktu terpapar		
3	Menggunakan \geq 50% waktu terpapar		
4	Tidak menggunakan sama sekali		

29.4 Menggunakan kacamata

No	Penggunaan	Pada hari Kerja	Pada akhir pekan
1	Selalu menggunakan		
2	Menggunakan < 50% waktu terpapar		
3	Menggunakan \geq 50% waktu terpapar		
4	Tidak menggunakan sama sekali		

29.5 Menggunakan payung

No	Penggunaan	Pada hari Kerja	Pada akhir pekan
1	Selalu menggunakan		
2	Menggunakan < 50% waktu terpapar		
3	Menggunakan \geq 50% waktu terpapar		
4	Tidak menggunakan sama sekali		