

Agente, origen, modo de transmisión y factores de riesgo indeterminados para el Síndrome de Guillain-Barré en el contexto de la transmisión del virus Zika - Colombia, 2016

Formulario de Investigación de Casos y Controles

La carga pública de esta recopilación de información se estima en un promedio de 15 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede realizar o patrocinar ni una persona está obligada a responder a la solicitud de información a menos que se presente un número de control de OMB válido. Envíe comentarios sobre esta estimación de carga o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga, al Oficial de Aprobación de Reportes de los CDC/ATSDR; 1600 Clifton Road NE, MS D-74 Atlanta, Georgia 30333; Atención: PRA (0920-1011)

Número de Identificación COL- ____ - ____ - ____

 Caso Control

El número de identificación comienza con los 3 dígitos del número de caso (por ejemplo COL001) seguido por una "A" para el paciente que sea un caso, una "B" para el primer control, una "C" para el segundo control, y una "D" para el tercer control. Por ejemplo, el segundo individuo control emparejado con el caso número 8 sería marcado como "COL-008-C".

Entrevistador: _____

Fecha de Entrevista: ____/____/____
DD MM YYYYFecha de Inicio de Síntomas Neurológicos: ____/____/____
DD MM YYYY**Las siguientes preguntas son para ser realizadas a los casos Y controles durante la entrevista:**

- Dirección Actual: _____/_____

Dirección Ciudad o Municipio Distrito o Departamento
- Dirección donde se presentaron los síntomas: _____/_____

(para los casos solamente si es diferente de la dirección actual; donde los casos pasaron el mayor número de noches en los dos meses previos al inicio del cuadro neurológico)
- Coordenadas GPS (Inicio de síntomas para los casos; las actuales para los controles):
____.____.____ S, _____.____.____ E
- Sexo: Masculino Femenino
- Raza: Blanca Mestiza Indígena Negra/Afrocolombiana Asiática
 Otra: _____
- Edad cuando el caso presentó los primeros síntomas neurológicos (o fecha equivalente para los controles):
_____ años
- ¿Cuál es su ocupación? _____
- ¿Ha sido informado por algún médico que usted padece alguna de las siguientes condiciones médicas?
 Diabetes Presión Arterial Alta Enfermedad del Corazón Colesterol Elevado
 Accidente Cerebrovascular (Derrame cerebral) Enfermedad Renal Enfermedad Hepática
 Enfermedad Reumatológica Asma Enfermedad Obstructiva Pulmonar Crónica (EPOC)
 Cáncer Cirugía (dentro de los meses de inicio de síntomas)
 Otra enfermedad neurológica: _____
 Toma algún medicamento o ha tenido alguna condición que pueda impactar su habilidad para combatir las infecciones (por ejemplo: prednisona) _____
- a. ¿En los dos meses anteriores a ____/____/____(fecha de inicio de cuadro neurológico para el caso), estuvo USTED enfermo (a)?
 Sí No No sabe
b. Si estuvo enfermo (a), ¿cuándo se sintió enfermo(a) por primera vez? ____/____/____
c. Si estuvo enfermo (a) ¿Qué síntomas tuvo? (Marque todos los que apliquen)

- Fiebre Escalofrío Nausea o Vómito Diarrea
 Dolor muscular Dolor articular Rash cutáneo Ojos anormalmente rojos
 Dolor de cabeza Dolor retro ocular Rigidez nucal Confusión
 Dolor abdominal Tos Secreción nasal Dolor de garganta
 Dolor de pantorrilla Prurito o picazón

d. Si estuvo enfermo (a), ¿vió a algún médico o fue al hospital por esta enfermedad?

- Sí No No sabe

¿Cuál médico? _____ ¿Qué hospital? _____

e. Si estuvo enfermo (a), ¿le tomaron muestra de sangre? Sí No No sabe

10. a. En los dos meses anteriores a ____/____/____ (fecha de inicio de síntomas neurológicos para el caso), ¿hubo alguien en su HOGAR que haya estado enfermo (a)?

- Sí No No sabe

b. Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué fecha se enfermó la primera persona de su hogar?

____/____/____

c. Si alguien en su hogar estuvo enfermo (a) ¿Qué síntomas tuvo? (Marque todos los que aplican)

- Fiebre Escalofrío Nausea o Vómito Diarrea
 Dolor muscular Dolor articular Rash cutáneo Ojos anormalmente rojos
 Dolor de cabeza Dolor retro ocular Rigidez nucal Confusión
 Dolor abdominal Tos Secreción nasal Dolor de garganta
 Dolor de pantorrilla Prurito o picazón

11. ¿Qué vacunas ha recibido y cuándo?

- Información verificada en el carnet de vacunas Información proveída verbalmente

Vacuna	Número de Dosis	Fecha de última dosis
a. Hepatitis B	_____	____/____/____
b. Virus del Papiloma Humano (VPH)	_____	____/____/____
c. Fiebre Amarilla	_____	____/____/____
d. Triple viral (SRP o MMR)	_____	____/____/____
e. Difteria y Tétanos (DT)	_____	____/____/____
f. Difteria, Tosferina y Tétanos (DTP)	_____	____/____/____
g. Influenza	_____	____/____/____
h. Otras vacunas (por ejemplo: rabia, neumó 23, encefalitis Japonesa, etc):	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____

12. En los dos meses anteriores a ____/____/____ (fecha de inicio de síntomas neurológicos para el caso), ¿qué mascotas, animales de granja u otros animales vivieron en su casa o su propiedad? (Marque todos los que apliquen)

- Perros Gatos Ratones/ratas Pájaros domésticos

- Lagartijas domésticas/tortugas Cabras Ovejas Vacas Gallinas
 Cerdos Otros _____

- 13.** En los dos meses anteriores a ____ / ____ / ____ (fecha de inicio de síntomas neurológicos para el caso), ¿qué tan frecuentemente tomó agua de la llave?
 Casi siempre (>75%) A veces (25-75%) Rara vez (<25%) Nunca (0%)
 Si tomó alguna vez, ¿el agua era hervida o tratada? Sí No No sabe
- 14.** En los dos meses anteriores a ____ / ____ / ____ (fecha de inicio de síntomas neurológicos para el caso), ¿qué tan a menudo tomó agua de un pozo o río/quebrada/lago?
 Casi siempre (>75%) A veces (25-75%) Rara vez (<25%) Nunca (0%)
 Si tomó alguna vez, ¿el agua era hervida o tratada? Sí No No sabe
- 15.** En los dos meses anteriores a ____ / ____ / ____ (fecha de inicio de síntomas neurológicos para el caso), ¿qué tan a menudo salió fuera de su casa a caminar descalzo(a)?
 Casi siempre (>75%) A veces (25-75%) Rara vez (<25%) Nunca (0%)
- 16.** En los dos meses anteriores a ____ / ____ / ____ (fecha de inicio de síntomas neurológicos para el caso), ¿nadó o cruzó por sus propios medios un río, arroyo, o lago?
 Diariamente Semanalmente Mensualmente Rara vez (menos de una vez al mes)
 Nunca
- 17.** En los dos meses anteriores a ____ / ____ / ____ (fecha de inicio de síntomas neurológicos para el caso), ¿recuerda haber sido picado por un mosquito?
 Sí No No sabe
- 18.** ¿Cuántas horas al día está al aire libre?
 Menos de 1 hora 1-4 horas 5-8 horas >8 horas
- 19.** ¿Normalmente usted usa repelente de insectos?
 Casi siempre (>75%) A menudo (25-75%) Rara vez (<25%) Nunca (0%)
- 20.** ¿Deja las ventanas de su casa abiertas?
 Sí, durante el día Sí, en la noche Sí, todo el tiempo Las ventanas no se dejan abiertas en esta casa
- 21.** ¿Cuántas de sus ventanas o puertas tienen pantallas antimosquito intactas?
 Todas Algunas de ellas Ninguna
- 22.** ¿Tienen en su casa alguno de los siguientes tipos de aire acondicionado? (Marque todas las opciones que apliquen)
 Aire acondicionado central (en al menos una habitación) Ventiladores Ninguno
- 23.** ¿Qué tan a menudo tiene sitios alrededor de su casa donde puede haber agua estancada? (por ejemplo: baldes, depósitos de agua/cisternas, tanques sépticos, estanques)
 Diariamente 2-3 veces/semana Una vez a la semana Semana de por medio Nunca

24. En los dos meses anteriores a ____ / ____ / ____ (fecha de inicio de síntomas neurológicos para el caso), ¿ha sacrificado algún animal? Sí No No sabe
 ¿Cuál? _____

25. En los dos meses anteriores a ____ / ____ / ____ (fecha de inicio de síntomas neurológicos para el caso), ¿ha manipulado algún animal muerto? Sí No No sabe
 ¿Cuál? _____

26. En los dos meses anteriores a ____ / ____ / ____ (fecha de inicio de síntomas neurológicos para el caso), ¿ha consumido alguno de los siguientes alimentos o bebidas por lo menos una vez a la semana? (Marque todos los que apliquen)

- Carne Cordero Pollo Pescado Mariscos
 Leche Queso Yogurt Ensalada / verduras crudas

27. En los dos meses anteriores a ____ / ____ / ____ (fecha de inicio de síntomas neurológicos para el caso), ¿ha consumido alguno de los siguientes alimentos crudos o a medio cocer? (Marque todos los que apliquen)

- Carne Cordero Pollo Pescado Mariscos

28. Puntaje de Discapacidad de Hughes: (Fecha de registro: ____ / ____ / ____)

Puntaje de Discapacidad de Hughes (0 a 6): _____ Desconocido

[0= Recuperación completa; sin secuelas, 1= Síntomas menores y capaz de correr, 2= Puede caminar 10 metros o más sin asistencia pero no puede correr, 3= Puede caminar 10 metros con ayuda, 4= Postrado en cama o en silla de ruedas (no puede caminar 10 metros con ayuda), 5= Requiere ventilación asistida por lo menos una parte del día, 6= Muerto]