

**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:**

1. Dirección Actual: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Dirección Ciudad o Municipio Distrito o Departamento
2. 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)
3. Coordenadas GPS (Inicio de síntomas para los casos; las actuales para los controles):  
 \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ S, \_\_\_\_\_ E
4. Sexo:  Masculino  Femenino
5. Raza:  Blanca  Mestiza  Indígena  Negra/Afrocolombiana  Asiática  
 Otra: \_\_\_\_\_
6. Edad cuando el caso presentó los primeros síntomas neurológicos (o fecha equivalente para los controles):  
 \_\_\_\_\_ años
7. ¿Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_
8. ¿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) \_\_\_\_\_
9. 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
<b>a.</b> Hepatitis B	_____	___/___/___
<b>b.</b> Virus del Papiloma Humano (VPH)	_____	___/___/___
<b>c.</b> Fiebre Amarilla	_____	___/___/___
<b>d.</b> Triple viral (SRP o MMR)	_____	___/___/___
<b>e.</b> Difteria y Tétanos (DT)	_____	___/___/___
<b>f.</b> Difteria, Tosferina y Tétanos (DTP)	_____	___/___/___
<b>g.</b> Influenza	_____	___/___/___
<b>h.</b> 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]