**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**

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 YYYY

Fecha 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

1. 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)

1. Coordenadas GPS (Inicio de síntomas para los casos; las actuales para los controles):

\_\_ \_\_. \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ S, \_\_ \_\_ \_\_. \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ E

1. Sexo: □ Masculino □ Femenino
2. Raza: □ Blanca □ Mestiza □ Indígena □ Negra/Afrocolombiana □ Asiática

 □ Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Edad cuando el caso presentó los primeros síntomas neurológicos (o fecha equivalente para los controles): \_\_\_\_\_\_ años
2. ¿Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. ¿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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **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 □ Prúrito 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

1. **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 □ Prúrito o picazón

1. ¿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,

 neumo 23, encefalitis Japonesa, etc):

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_\_\_\_\_

1. 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 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

1. 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 rio/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

1. 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%)

1. En los dos meses anteriores a \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_\_\_\_ (fecha de inicio de síntomas neurológicos para el caso), ¿nadó o cruzó por sus propios medios un rio, arroyo, o lago?

 □Diariamente □Semanalmente □Mensualmente □Rara vez (menos de una vez al mes) □Nunca

1. 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

1. ¿Cuántas horas al día está al aire libre?

 □Menos de 1 hora □1-4 horas □5-8 horas □>8 horas

1. ¿Normalmente usted usa repelente de insectos?

 □Casi siempre (>75%) □A menudo (25-75%) □Rara vez (<25%) □Nunca (0%)

1. ¿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

1. ¿Cuántas de sus ventanas o puertas tienen pantallas antimosquito intactas?

 □Todas □Algunas de ellas □Ninguna

1. ¿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

1. ¿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

1. En los dos meses anteriores a \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_\_\_\_ (fecha de inicio de síntomas neurológicos para el caso), ¿ha sacrificado algún animal? □Sí □No □No sabe

 ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 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? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 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

1. 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

1. 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]*