Código de participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_-­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

D D M M M A A A A

Entrevistador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ZEN Colombia**

**Cuestionario de síntomas en BEBÉS**

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Instrucciones para entrevistadores: Si hoy es la primera visita, dice “Desde que nació tu bebé” en lugar de “Desde la última visita del estudio de tu bebé”.**

**1.** ¿Todavía estás amamantando a tu bebé?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó*

**2.** Desde la última visita del estudio de tu bebé, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

|  |  |
| --- | --- |
| Fiebre | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Brote (sarpullido) | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Ojos rojos durante más que dos horas | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Dolor o inflamación en las articulaciones | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

* **Si el participante respondió “Sí” a algunos de los síntomas anteriores, pase a la pregunta #3.**
* **Si respondió “No” a todos, pase a la pregunta #7.**

**3.** Desde la última visita del estudio de tu bebé, ¿has buscado atención médica para tu bebé en una institución prestadora de salud diferente a [*la IPS del estudio*] por alguno de los síntomas marcados anteriormente?

🞎1 Sí **🡪 Pase a la pregunta #3a**

🞎0 No **🡪 Fin del cuestionario**

🞎77 *No sé* **🡪 Fin del cuestionario**

🞎88 *No contestó* **🡪 Fin del cuestionario**

|  |  |
| --- | --- |
| 3a. ¿Cuándo buscaste atención médica para tu bebé? | \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 🞎77 *No sé*  D D M M M A A A A 🞎88 *No contestó* |
| 3b. ¿En dónde buscaste atención médica? | Nombre de la IPS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección de la IPS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3c. ¿Algún profesional de salud te dijo que tu bebé podría tener alguno de los siguientes? |  |
| Virus del Zika | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Chikunguña | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Mayaro | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Fiebre amarilla | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Citomegalovirus | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Rubeola | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Toxoplasmosis | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Síflis | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Varicela | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Parvovirus | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Herpes | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Otro | 🞎1 Sí, espifica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

**4.** *Si respondió “Sí” a* ***fiebre****:*

|  |  |
| --- | --- |
| 4a. Cuando tu bebé tuvo fiebre, ¿cuál fue la temperatura más alta que tuvo? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ centígrados 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| 4b. ¿Cuándo comenzó la fiebre? | \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó*  D D M M M A A A A |
| 4c. ¿Cuantos días duró? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ días 🞎66 Todavía persiste  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

**5.** *Si respondió “Sí” al* ***brote (sarpullido)****:*

|  |  |
| --- | --- |
| 5a. Cuando tu bebé tuvo el brote, ¿parecía picar? | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| 5b. ¿El brote tuvo ronchas? | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| 5c. ¿En qué parte del cuerpo de tu bebé apareció el brote inicialmente? |  |
| Cara | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Cuello | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Pecho | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Estómago | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Brazos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Manos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Espalda | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Piernas | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Pies | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Nalgas / área genital | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| 5d. ¿En qué partes de su cuerpo se propagó el brote? |  |
| Cara | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Cuello | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Pecho | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Estómago | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Brazos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Manos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Espalda | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Piernas | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Pies | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Nalgas / área genital | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| 5e. ¿Cuándo comenzó el brote? | \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 🞎77 *No sé*  D D M M M A A A A 🞎88 *No contestó* |
| 5f. ¿Cuántos días duró el brote? | 🞎66 Todavía persiste  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ días 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

**6.** *Si respondió “Sí” a* ***ojos rojos durante más que dos horas****:*

|  |  |
| --- | --- |
| 6a. ¿Los dos ojos estaban rojos o sólo uno? | 🞎2 Ambos 🞎1 Sólo uno  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| 6b. ¿Había secreción? (Fluido o pus saliendo del ojo) | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| 6c. ¿Cuándo te diste cuenta que los ojos de tu bebé estaban rojos? | \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 🞎77 *No sé*  D D M M M A A A A 🞎88 *No contestó* |
| 6d. ¿Cuántos días duró? | 🞎66 Todavía persiste  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ días 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

**7.** Desde la última visita del estudio de tu bebé, ¿tu bebé tuvo alguno de los siguientes síntomas?

|  |  |
| --- | --- |
| Vómitos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Tos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Estornudo | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Secreción nasal | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Ganglios inflamados | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Durmiendo más de lo habitual | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Alimentando menos de lo habitual | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Piel roja sin brote | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Sangre en la orina | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Hemorragia/sangrado nasal | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

**8.** Desde la última visita del estudio de tu bebé, ¿tu bebé ha tenido algunos otros síntomas poco comunes que te gustaría contarme?

🞎1 Sí 🡪 ¿Qué síntomas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎0 No

🞎77 *No sé*

🞎88 *No contestó*

**Gracias por completar el cuestionario. ¿Tienes alguna pregunta?**