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

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

 D D M M M A A A A

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

**ZEN Colombia**

**Cuestionario de síntomas en ADULTOS**

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

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

* **Instrucciones para el entrevistador: Si es la visita de inscripción, di “En los últimos 2 semanas” en vez de “Desde tu última visita del estudio”.**

**1.** Desde tu última visita del estudio, ¿has 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 #2.**
* **Si contestó “No” a todos, pase a la pregunta #7.**

**2.** Desde tu última visita del estudio, ¿has buscado atención médica para alguno o todos de los síntomas en una IPS otro que *[nombre de IPS participante del estudio]*?

 🞎1 Sí **🡪 Pase a la pregunta #2a**

🞎0 No **🡪 Pase a la pregunta #3**

🞎77 *No sé* **🡪 Pase a la pregunta #3**

🞎88 *No contestó* **🡪 Pase a la pregunta #3**

|  |  |
| --- | --- |
| 2a. ¿Cuándo buscaste atención médica? | \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 🞎77 *No sé* D D M M M A A A A 🞎88 *No contestó* |
| 2b. ¿En dónde buscaste atención médica? | Nombre de la IPS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección de la IPS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2c. Cuando buscaste atención médica, ¿algún profesional de salud te dijo que podrías 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, especifica cual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

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

|  |  |
| --- | --- |
| 3a. Cuando tuviste fiebre, ¿cuál fue la temperatura más alta que tuviste? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ centígrados 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó*  |
| 3b. ¿Cuándo comenzó la fiebre? | \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó*D D M M M A A A A |
| 3c. ¿Cuántos días duró? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ días 🞎66 Todavía persiste  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

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

|  |  |
| --- | --- |
| 4a. Cuando tuviste el brote, ¿te dio picazón?  | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| 4b. ¿El brote tuvo ronchas?  | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| 4c. ¿En qué parte de tu cuerpo 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* |
| 4d. ¿En qué partes del 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* |
| 4e. ¿Cuándo comenzó el brote? | \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 🞎77 *No sé* D D M M M A A A A 🞎88 *No contestó* |
| 4f. ¿Cuántos días duró el brote?  |  🞎66 Todavía persiste  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ días 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

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

|  |  |
| --- | --- |
| 5a. Cuando tuviste ojos rojos, ¿los ojos te picaban?  | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| 5b. ¿Los dos ojos estaban rojos o sólo uno? | 🞎2 Ambos 🞎1 Sólo uno 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| 5c. ¿Había secreción? (Fluido o pus saliendo del ojo) | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| 5d. ¿Cuándo te diste cuenta que los ojos estaban rojos? | \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 🞎77 *No sé* D D M M M A A A A 🞎88 *No contestó* |
| 5e. ¿Cuántos días duró?  |  🞎66 Todavía persiste \_\_\_\_\_\_\_\_\_ días 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

**6.** *Si respondió “Sí” a* ***dolor o inflamación en las articulaciones****:*

|  |  |
| --- | --- |
| 6a. Cuando tuviste dolor en las articulaciones o cuando estaban inflamadas, ¿qué articulaciones se afectaron? |  |
|  Cuello | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
|  Hombros | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
|  Espalda | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
|  Cadera | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
|  Rodillas | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
|  Tobillos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
|  Dedos de los pies | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
|  Codos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
|  Muñecas | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
|  Dedos de los manos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| 6b. ¿Cuándo te diste cuenta que tenías dolor en las articulaciones o que estaban inflamadas? | \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 🞎77 *No sé* D D M M M A A A A 🞎88 *No contestó* |
| 6c. ¿Cuántos días duró el dolor o la inflamación?  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ días 🞎66 Todavía persiste  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Náusea | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Vómitos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Diarrea | 🞎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* |
| Dolor de la garganta | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Ganglios inflamados | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Mareos o desmayos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Entumecimiento u hormigueo en las manos o pies | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Zumbido en los oídos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Cansancio o fatiga | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Debilidad muscular | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Mialgias (dolor muscular) | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Dolor de cabeza | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Dolor de espalda | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Dolor abdominal | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Dolor en los ojos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Sensibilidad a la luz | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Dolor atrás de los ojos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Picazón en la piel sin brote  | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Piel enrojecida sin brote  | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Dolor de pecho | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Falta de aire | 🞎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* |
| Heces negra | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Estreñimiento | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| *[Sólo mujeres:]* Sangrado vaginal | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó*🞎99 *No aplica* |
| *[Sólo mujeres:]* Secreción vaginal | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó*🞎99 *No aplica* |
| *[Sólo hombres:]* Sangre en el semen | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó*🞎99 *No aplica* |

**8.** Desde tu última visita del estudio, ¿has 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?