**ZIKV RNA Persistence (ZIRP): Formulario Preselección de la Embarazada**

|  |  |
| --- | --- |
| **Información Clínica** | **Información de el/la Paciente** |
| Nombre de Clinica: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | Apellidos: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Municipio\*:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | Nombre(s): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Sitio de estudio # (si aplica):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**1. Criterios para Incluir a la Embarazada**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿La paciente dio positivo a RT-PCR\* para ZIKV en sangre u orina? | □1 Sí □0 No |
| ¿La paciente tiene 15 años de edad o más? | □1 Sí □0 No |
| ¿La paciente habla inglés o español? | □1 Sí □0 No |
| ¿La paciente puede volver cada 2 semanas para cogerle muestras? | □1 Sí □0 No |
| ¿La paciente desea registrar a su bebé en el estudio cuando nazca? | □1 Sí □0 No |

**Si la contestación a cualquiera de los criterios de inclusión es “no” la paciente NO es elegible para el estudio**

**2. Exclusion Criteria**

|  |  |
| --- | --- |
| Basado en su apreciación clínica, ¿la paciente no está capacitada física o psicológicamente para participar? | □1 Sí □0 No |
| ¿La paciente tiene un embarazo ectópico ó molar? | □1 Sí □0 No |

**Si la contestación a 1 o más de los criterios de exclusión es “sí” la paciente no es elegible para el estudio**

**3. Determinación de Elegibilidad**

La paciente es elegible para el estudio. (Todas las contestaciones a las preguntas de criterios de inclusión son Sí y todas las respuestas a los criterios de exclusión son No.)

□1 Sí □0 No

**4. Consentimiento Informado**

¿La paciente firmó consentimiento informado para participar? □1 Sí □0 No

4.1 Si contesta sí,

4.1a Fecha en firmó el consentimiento informado (mm/dd/aaaa): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

4.1b ¿Se le entregó copia del consentimiento a la paciente? □1 Sí □0 No

4.2 Si contesta no,

4.2a. ¿Por qué no? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**5. Matrícula**

5.1 ¿La paciente se matriculó? □1 Sí □0 No

5.2 Número de identificación de la paciente: **\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ 0**

(Número de lugar: 1, 2 o 3) (Número de Paciente: 001,002 etc.) (Número de Mujer)