**ZIKV RNA Persistence (ZIRP): Cuestionario de Síntomas de la Embarazada**

LA PACIENTE LLENARA ESTA PARTE CON SUS DATOS

**Parte I: Síntomas**

*Estas preguntas se refieren a síntomas que haya tenido o que tenga al presente.*

1. ¿Ha tenido fiebre en las últimas 2 semanas (>=100.4 F/38.0 C)? 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

  *Si contesta* ***SI****:*

1a. ¿Cuándo le empezó la fiebre?

\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

 M M D D A A A A

1b. ¿A cuánto le subió la fiebre?

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ grados 🞎1 Celsius 🞎2 Fahrenheit 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

1c. ¿En qué forma se chequeó la temperatura?

 🞎1 Termómetro 🞎2 Tocando su frente 🞎3 Otro 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

1c.a. ***Si usó termómetro****, ¿cómo se tomó la* temperatura?

 🞎1 Boca 🞎2 Recto 🞎3 Bajo el brazo 🞎4 Oído 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

1d. ¿Cuántos días le duró la fiebre?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días 🞎66 Todavía tengo 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

1e. ¿Tomó algun medicamento para la fiebre? 🞎0 No 🞎1 Sí 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

 ***Si contesta sí****,*

🞎11 Aspirina

Dosis \_\_\_\_\_\_\_\_\_ mg/kg

 🞎12 Ibuprofen

 Dosis \_\_\_\_\_\_\_\_\_ mg/kg

 🞎13 Acetaminofen (Tylenol)

Dosis \_\_\_\_\_\_\_\_\_ mg/kg

 🞎14 Otro

2. ¿Ha tenido alguna erupción en las últimas 2 semanas? 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

  *Si contesta* ***SI****:*

2a. ¿En qué fecha le empezó la erupción?

\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

 M M D D A A A A

2b. ¿Cuántos días le duró la erupción?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días 🞎66 Todavía tengo 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

2c. ¿Le daba picazón la erupción?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

2d. ¿Qué aspecto tenía la erupción?

🞎0 Con ronchas 🞎1 Enrojecida 🞎2 Otro 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

 2e. ¿Dónde le salió la erupción? *(Marque todas las opciones que apliquen)*

 🞎1 Cara 🞎2 Cuello 🞎3 Pecho 🞎4 Vientre 🞎5 Brazos 🞎6 Manos

 🞎7 Espalda 🞎8 Piernas 🞎9 Pies 🞎10 Todo el cuerpo 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

3. En las últimas 2 semanas, ¿ha tenido los ojos rojos por más de un par de horas?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

  *Si contesta* ***SI****:*

3a. ¿En qué fecha notó por primera vez que tenía los ojos rojos?

\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

 M M D D A A A A

 3b. ¿Cuántos días los tuvo rojos?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días 🞎66 Todavía están rojos 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

 3c. Cuando tenía los ojos rojos, ¿le picaban los ojos?

 🞎1 Sí 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

 3d. ¿Tenía los dos ojos rojos o solamente uno?

🞎2 Los dos 🞎1 Sólo uno 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

 3e. ¿Tenía supuración? (Líquido o pus saliendo del ojo)

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

4. En las últimas 2 semanas, ¿ha tenido dolor o inflamación de coyuntura? 🞎1 Sí 🞎0 No

 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

  *Si contesta* ***SI****:*

5a. ¿En qué fecha notó por primera vez inflamación o dolor en las coyunturas?

\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

 M M D D A A A A

 5b. ¿Cuántos días le duró?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días 🞎666 Todavía tengo 🞎777 No sé 🞎888 No contestaré

 5c. Cuando tuvo inflamación o dolor de coyuntura, ¿cuáles le dolían? *(Marque todas las que apliquen)*

🞎0 Cuello 🞎1 Hombros 🞎2 Espalda 🞎3 Caderas 🞎4 Rodillas 🞎5 Tobillos 🞎6 Dedos de pies 🞎7 Codos 🞎8 Muñecas 🞎9 Dedos 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

5. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas durante las últimas 2 semanas?

|  |  |
| --- | --- |
| Excreta negra o con apariencia de brea | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré |
| Sangre en la orina | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré |
| Dolor de pecho | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré |
| Estreñimiento  | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré |
| Tos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré |
| Diarrea | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré |
| Mareo o desmayo | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré |
| Dolor en ojo | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré |
| Dolor de cabeza | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré |
| Picazón en la piel sin erupción  | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré |
| Dolores musculares | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré |
| Debilidad muscular  | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré |
| Nausea | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré |
| Sangrado por la nariz | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré |
| Manos o pies adormecidas o con cosquillas  | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré |
| Zumbido en los oídos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré |
| Gotereo nasal | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré |
| Sensitividad a la luz  | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré |
| Falta de aire | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré |
| Piel enrojecida y sin erupción  | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré |
| Estornudos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré |
| Dolor de garganta | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré |
| Nódulos linfáticos inflamados | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré |
| Cansancio o fatiga | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré |
| Vómitos  | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré |
| Sangrado vaginal | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré |
| Secreción vaginal  | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré |

6. En las últimas 2 semanas, ¿ha tenido algún otro síntoma aparte de los mencionados arriba?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

*6a.* Si contesta ***SI****, ¿Cuáles*?

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

 Síntoma 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Síntoma 3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Síntoma 4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Síntoma 5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESTA SECCION LA COMPLETARA EL PERSONAL DEL ESTUDIO

**PARTE I: Pruebas de Microbiología**

7. ¿Se tomó muestra de sangre? 🞎1 Sí 🞎0 No

 7.1. *Si contesta no,¿por qué* no? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 7.2 *Si contesta sí,*

7.2a. Fecha en que se tomó la muestra (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.2b. Hora en que se tomó la muestra (hh:mm): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 7.2c. Fecha de envío de la muestra al laboratorio (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 7.2d. Tipo de análisis:

🞎0 RT-PCR

🞎1. Serología

🞎2 Otro

8. ¿Se tomó muestra de orina? 🞎1 Sí 🞎0 No

 8.1 *Si contesta no,¿por qué no*? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8.2 *Si contesta sí.*

8.2a. Fecha en que se tomó la muestra (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8.2b. Hora en que se tomó la muestra (hh:mm): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 8.2c. Fecha de envío de la muestra al laboratorio (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 8.2d. Tipo de análisis:

🞎0 RT-PCR

🞎1. Serología

🞎2 Otro