

Formulario aprobado
OMB N.O 0920-XXXX
Fecha de vencimiento XX/XX/XXXX

Código del Sitio	Código de la Participante	Número de Mujer
_	_ _ _	_0_

Fecha de hoy: ____/____/____
MM DD AAAA

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 algún 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

Formulario aprobado
OMB N.O 0920-XXXX
Fecha de vencimiento XX/XX/XXXX

Código del Sitio	Código de la Participante	Número de Mujer
_	_ _ _	_0_

Fecha de hoy: ___/___/___
MM DD AAAA

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

Formulario aprobado
OMB N.O 0920-XXXX
Fecha de vencimiento XX/XX/XXXX

Código del Sitio	Código de la Participante	Número de Mujer
_	_ _ _	0

Fecha de hoy: ____/____/____
MM DD AAAA

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

Formulario aprobado
OMB N.O 0920-XXXX
Fecha de vencimiento XX/XX/XXXX

Código del Sitio	Código de la Participante	Número de Mujer
_	_ _ _	_0_

Fecha de hoy: ____/____/____
MM DD AAAA

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

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

Formulario aprobado
OMB N.O 0920-XXXX
Fecha de vencimiento XX/XX/XXXX

Código del Sitio	Código de la Participante	Número de Mujer
_	_ _ _	_0_

Fecha de hoy: ____/____/____
MM DD AAAA

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.

Formulario aprobado
OMB N.O 0920-XXXX
Fecha de vencimiento XX/XX/XXXX

Código del Sitio	Código de la Participante	Número de Mujer
_	_ _ _	0

Fecha de hoy: ____/____/____
MM DD AAAA

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